

Fra sett til hørt- flere sider av samme sak når vi er i dialog

Prøve ut åpen dialog i nettverksmøte som ny praksis i første samtale med pasient, etter at han/hun er vurdert til å ha rett til utredning ved allmennpoliklinikken på DPS

Ulla Rosengren

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Masteroppgave

Master i familieterapi og systemisk praksis

Antall ord: 25.005

Dato 30.05.2018

Forord

Den 12.03.2018 skrev jeg denne mailen til min veileder Anne Hedvig Vedeler:

Etter en lang periode med lite motivasjon og lite tro på at jeg skal klare å skrive denne oppgaven, er jeg nå kommet inn i en mer positiv periode med lyst til å skrive. Små hyggelige tilbakemeldinger er gull verdt.

Hilsen Ulla

Litt senere samme dag kommer denne mail:

Dette kommer til å gå bra. Disse siste ukene er tøffe, det vet jeg. Litt som å ha en siste stigning på en fjelltur, etter å ha gått langt.

Du har et kjempefint materiale, så nå er det bare å ha kondis og stå løpet ut. Dette klarer du ♥

Anne Hedvig

Nå står jeg plutselig på toppen av fjellet og skuer utover landskapet og på stien jeg har gått, ser jeg at det var flere bratte partier der jeg ikke ser stien. Tenk, nå er jeg her. Jeg hadde både kondis og mot til å gå hele veien. Det er ikke rart at jeg kan merke vandringen i både kropp og sjel. Kai, mannen min, har alltid sagt at man ikke skal gå i fjellet uten kart og kompass. Med kompasset finner jeg retningen, og kartet skal vise hvor i terrenget jeg befinner meg. Takk til Anne Hedvig, som hjalp meg med å lese og forstå både kartet og kompasset, for fine oppmuntringer underveis og at du hele tiden hadde tro på at jeg ville klare å stå distansen ut. For lang tid siden - ja, før jeg viste hvilken vandring jeg skulle ut på, presenterte Jogeir meg for denne turen. Han viste meg kartet, men jeg forstod ikke da turens krevende kurver og stigninger, men falt for fristelsen til å legge i veg. Takk til deg, Jogeir, fordi du presenterte meg for fjellet og for at du trodde jeg ville klare det. Du har vært der og bidratt med å tyde selv de minste detaljer i kartet. Når jeg trodde den smale stien gikk til høyre, klarte du å tyde kartet og bad meg se om igjen. Da oppdaget jeg at et kart ikke alltid passer med terrenget. Helt fra starten av hadde jeg reisefølge med Ida. Selv om hun noen ganger forsvant ut av syne så var hun der hele tiden. Hennes begeistring for den snirklete stien inspirerte meg. Forbløffet ble jeg da hun spurte meg om veien, og jeg oppdaget at jeg klarte å gi henne et svar. Vi hadde gode dialoger underveis som inspirerte og fylte meg med mot og glede. Jeg vil takke Rebekka for oppmuntring og gode råd. Tanken på mine andre gode kollegaer: Jorunn, Lina, Ania, Brit, Turid og mange flere som har vært til stede både i mine ytre og indre dialoger på min vandring oppover fjellsiden. Sist, men ikke minst vil jeg takke mine to barn Metha Marie og Magnus fordi de hele tiden har støttet meg og oppmuntret meg til utholdenhet mens jeg var

underveis. De har lest og kommentert og bare vært der. Også Hermann, Jakob og lille Marie med deres unge alder til tross har bidratt. De har fått meg til å le og til å tenke på at livet er her – her og nå ☺

Kai fortjener en stor takk fordi han har tålt meg i planleggingen og gjennomføringen av min vandring.

Sørumsand mai 2018

Sammendrag

Tidligere erfaringer har vist at altfor mange pasienter med psykososiale utfordringer henvises til Distriktpsikiatrisk senter (DPS). Disse utfordringene faller vanligvis utenom oppdraget til DPS (Helsedirektoratet 2015). Hvordan kan vi vite hvem som har rett kompetanse til å bistå pasienten med de utfordringene hun/han har uten å møtes ansikt til ansikt? Og hva kan det bety å invitere både det sosiale nettverket og behandleren til åpen dialog i nettverksmøte for å snakke om hva pasienten kan ha behov for?

Denne masteroppgaven er beskrivelsen av et aksjonsforskningsprosjekt der vi i tre nettverksmøter utforsker betydningen av å ha den *første samtalen* med pasienten på fastlegens kontor etter at pasienten er henvist til DPS .

Hensikten med studien er å endre praksis ved eksplisitt å prøve ut åpen dialog i nettverksmøte som faglig tilnærming og kontekst for første samtale med pasienten etter at hun/han har fått rett til utredning ved Allmennpsykiatrisk poliklinikk på DPS. Håpet er at vi i fellesskap skal finne ut hvilke behov for hjelp den aktuelle pasienten har og sammen finne ut hvem som skal gi denne hjelpen videre.

I oppgaven redegjør jeg for aksjonsforskning som en demokratisk tilnærming hvor målet er å endre praksis og å forske i feltet sammen med praktikere. Refleksjon er brukt som analyse av erfaringene i studien. Vår evne og kvalitet på refleksivitet handler om en systematisk og kritisk gjennomgang av egne tankemåter, handlinger og praksis.

Gjennom de erfaringene vi får underveis i prosessen, finner vi flere sentrale temaer som er viktige for å etablere et likeverdig alternativ til dagens praksis. Blant annet finner vi at når vi møtes ansikt til ansikt i dialog og uten agenda, oppleves samtalen friere og mer åpen for det uventete. Vi finner at når mangfoldet viser seg, kan vi få kjennskap til den Andres situasjon fra innsiden av, og flere perspektiver kommer frem. Vi finner også at når vi samhandler med menneskene som er involvert i situasjonen, blir det lettere å finne fram til hva pasienten har behov for. Sist, men ikke minst finner vi at tverrfaglige dialoger åpner opp for hverandres unike ståsted.

Abstract

Previous experiences have shown that too many patients with psychosocial challenges and difficulties are being referred to District psychiatric centers (DPS). These psychosocial challenges are usually not a part of the DPS mission (Helsedirektoratet 2015). How can we know which specialist has the right competence to assist the patient with his or her challenges without meeting the person face to face? And what implications might it have to invite both the social network and the clinician to an open dialogue in a network meeting in order to talk about what the patient might need?

This master's thesis describes an action research project focusing on three network meetings where we explore the importance of having the first conversation with a patient at their GP's office after he or she has been referred to a DPS.

The aim with this study is to change current practice by explicitly testing out open dialogue in network meetings as a professional approach and context for the first conversation with the patient after he/she has received the right to treatment at the general psychiatric ward at the DPS. The goal is that together we might find out what help the patient needs and who can provide this help onwards.

In this thesis I will discuss action research as a democratic approach where the goal is to change practice and to carry out research in the field together with practitioners. Reflection is used as a way to analyse the experiences in this study. Our ability and quality on reflexivity is based on a systematic and critical review of our thoughts, actions and practice.

Through our experience of this process we found several key themes which are important when establishing an alternative to the current practice. An example is that when meetings takes place face to face in dialogue without an agenda, the conversation is experienced to be more free and open for the unexpected. We found that when diversity is discovered, we can gain knowledge of the Other's situation from the inside and more perspectives appear. We also found that when we interact with people that are involved in the situation, it is easier to find out what the patient needs. Last, but not least, we found that interdisciplinary dialogues open up for each other's unique viewpoints.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	4
Abstract	5
1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for mitt valg av tema til forskningsprosjektet.....	7
1.2 Prosjektets kontekst.....	8
1.3 Hvordan begynte prosjektet som skulle danne grunnlag for masteroppgaven?.....	11
1.4 Forskningsfokus: Prøve ut og utvikle en ny praksis for første samtale til DPS.....	12
1.4.1 Avgrensing av oppgaven.....	13
1.5 Tidligere forskning på valgt tema	13
1.6 Oppgavens struktur, oppbygging og avgrensning.....	14
2 Distriktspsykiatrisk senter (DPS) som kontekst	16
2.1 Hva skjer når DPS mottar en henvisning?	16
3 Teoretiske perspektiver.....	18
3.1 Åpen dialog.....	18
3.2 Kontekst.....	22
3.3 Om refleksjon og reflekterende prosesser.....	23
3.4 Åpen dialog i nettverksmøte	23
3.5 Dialog	24
4 Aksjonsforskning	26
4.1 Om aksjonsforskning	26
4.2 Forskerrollen i aksjonsforskning.....	28
4.3 Refleksjon som metode for analyse	29
4.4 Kritiske stemmer om aksjonsforskning	30
5 Introduksjon til aksjonsforskningsprosessen	32
5.1 Deltakere i forskningsprosjektet og deres roller	32
5.1.1 Rekruttering av deltakerne.....	33
5.2 Forskningsetiske overveielser	34
5.3 Min rolle som forsker og nettverksmøteleder	34
5.4 Erfaringene fra forskningsprosessen.....	34
6 Utpøving av ny henvisningspraksis – et aksjonsforskningsprosjekt	36
6.2 Aksjonsforskningsprosessen foregikk i en syklus i fire trinn	36
6.3 Første nettverksmøte –med Per og moren på fastlegens kontor	39
6.4 Andre nettverksmøte med Øyvind og samboer på fastlegens kontor	48
6.5 Tredje nettverksmøte med Helge	55
7 Tid for ettertanke - metarefleksjon.....	69
7.1 Våre erfaringer etter gjennomført prosjekt.....	69
7.2 Min refleksjon over aksjonsforskning som tilnærming for prosjektet.....	72
8 Avsluttende kommentarer og veien videre	76
9 Litteraturliste.....	78
10 Vedlegg	82 - 92

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for mitt valg av tema til forskningsprosjektet

Gjennom livet har jeg erfart at det merkes godt i kroppen når noe føles riktig og går bra. Dette gjelder også når noe kjennes feil og ikke går så bra. Den samme erfaringen har jeg kjent gjennom mange års arbeid innen psykiatrien. Denne kroppslige opplevelsen *viser vei* og er drivkraften for mitt arbeid med dialogiske praksiser og engasjement for mitt valg av tema i studien.

Dialogbegrepet er blitt den røde tråden i studien jeg presenterer i denne masteroppgaven. Dialogisk praksis har lenge vakt min interesse, og jeg har forsøkt å forstå hva det er med denne formen som griper meg og som ser ut til å fungere i møtet mellom mennesker.

Denne masteroppgaven «Fra sett til – hørt, flere sider av samme sak når vi er i dialog» utforsker betydningen av å ha den første samtalen med pasienten på fastlegens kontor når en pasient er henvist til DPS. Det handler om hva det kan bety å invitere både nettverk og behander til et møte for å snakke om hva pasienten kan ha behov for. Hva annet kan oppstå når vi møtes ansikt til ansikt istedenfor at det er beskrivelser av en person og dennes situasjon som sendes?

I følge Seikkula (2012) formidles det to historier i alle samtaler. Den første er historien som oppstår gjennom vårt nærvær som kroppslige levende mennesker. Vi tilpasser oss til hverandre og skaper en flerstemt opplevelse av den samme situasjonen, men det meste av denne historien foregår uten ord. Vi fornemmer historien. Den andre historien er den menneskene forteller om sine liv. Historier som fortelles, krever sin oppmerksomme lytter. For den «som har noe på hjertet», er det helt avgjørende at den som lytter, er der med hele sin oppmerksomhet, ser og lytter til det som blir fortalt slik at den som bringer noe inn i samtalen, skal føle seg hørt (Lindseth, 2011). Jeg har erfart at tilstedeværelse i øyeblikket for den annen som «har noe på hjertet» gjennom det å se og lytte, er av stor betydning for hva som blir fortalt og hvordan dette kan forstås og responderes på.

1.2 Prosjektets kontekst

Som fagkonsulent ved Akershus universitetssykehus HF (heretter Ahus) er jeg tilknyttet de fire Distriktpsykiatriske sentre (heretter DPS) DPS avdelingene; Follo, Grorud, Nedre Romerike og Øvre Romerike. Siden 2009 har DPSene hatt en faglig satsing på åpne dialoger i nettverksmøter som et tillegg til annen behandling. Opplæring i åpen dialog i nettverksmøter ble nødvendig. Et samarbeid mellom Ahus og Høgskolen i Gjøvik ble etablert for å starte opp en videreutdanning i nettverksmøter og relasjonskompetanse som et desentralisert deltidsstudium tilsvarende 30 studiepoeng. Studentene ble rekruttert fra omkringliggende kommuner og fra spesialisthelsetjenestene ved Ahus. *«I løpet av noen år vil regionen dermed ha opparbeidet seg en betydelig kompetanse til å lede nettverksmøter og å arbeide etter prinsippene til åpen dialog»* (Rosengren & Heskestad, 2012). Siden 2009 har 93 fagpersoner fått opplæring i åpen dialog, relasjons- og nettverksarbeid.

Mine arbeidsoppgaver er todelt:

- å drifte videreutdanningen i samarbeid med utdanningsinstitusjonen
 - drive kursvirksomhet, gi veiledning og utvikle ulike former for dialogiske praksiser i klinikken, der i blant åpen dialog i nettverksmøter som jeg har fokus på i studien.
- å bistå behandlere i klinikken med eksempelvis å lede åpen dialog i nettverksmøter eller å etablere reflekterende team i konkrete pasientsaker.

I 2012/2013 ble det gjennomført et pilotprosjekt på DPS Nedre Romerike. Tema for pilotprosjektet var å sette fokus på henvisninger fra fastlegene til allmennpoliklinikken og spesielt de henvisninger som var uklare. Rutinen var å invitere aktuell pasient inn til vurderingssamtale på poliklinikken for å avklare pasientens behov for hjelp. Erfaringen viste at når først pasienten var “i hus”, var det sjelden en henvisning ble avslått etter at vurderingssamtalen var gjennomført. I pilotprosjektet hadde man samtale med pasienten og pasientens sosiale nettverk på fastlegens kontor *før* man hadde fått rett til utredning og behandling. Samtalen ble gjennomført som et nettverksmøte der man sammen fant ut hvem som best kunne hjelpe pasienten med det aktuelle problemet. Ved evaluering av prosjektet registrerte vi at over halvparten av pasientene valgte bort DPS til fordel for annen hjelp. Det viste seg også at de som deltok i prosjektet, ga positive tilbakemeldinger på at nettverksmøtet

hadde vært en god arena for samtalen. Det hadde gitt dem følelsen av likeverd og medbestemmelse.

Erfaringene fra dette pilotprosjektet viste også at mange mennesker med psykososiale utfordringer av en eksistensiell karakter ble henvist til DPS for utredning og behandling. Disse utfordringene kan være knyttet til samlivsbrudd eller andre relasjonsbrudd, arbeidsløshet, fattigdom, ensomhet og dødsfall. Arbeidet med denne type utfordringer faller vanligvis utenom oppdraget til DPS i henhold til Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet 2015). Til tross for føringer i prioritetsveilederen har det vist seg at mange mennesker med denne type problematikk likevel blir vurdert til å ha rett til utredning og behandling på DPS`et. Vi vet at en utredning kan ta opp til fem timer. Vanligvis har pasientene samtaler med behandler ukentlig eller annen hver uke, i 45 minutter. Dermed kan det gå 2 – 3 måneder før det settes en diagnose. Det er ikke uvanlig at pasienter med denne type problematikk blir utredet, begynner i behandling og at denne blir avsluttet etter et visst antall timer uten at man med sikkerhet kan fastslå at vedkommende er blitt bedre.

Man kan spørre seg om DPS har rett kompetanse til å hjelpe mennesker med denne type problematikk. Forsker Per Arne Holman (2018) har undersøkt om fagfolk er enige om hvorvidt pasienter i psykisk helsevern har rett på behandling i spesialisthelsetjenesten. Blant annet viser han til at innholdet i henvisningene til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern ofte er preget av opplysninger om at pasienten har *moderate lidelser*. I tillegg er det tydelige tegn til «*levd liv*» som kan gjøre at man blir i tvil om behandlingen på DPS vil være nyttig og om tilstanden er alvorlig nok eller om det vil kreve uforholdsmessig mye ressurser å behandle en slik lidelse. Denne type lidelser faller vanligvis utenom spesialisthelsetjenestens oppdrag. Holman mener at resultatene fra undersøkelsen må få en konsekvens slik at man endrer praksis. Han holder fram at den som mottar henvisningen, *må møte pasienten*, ikke bare vurdere pasientens behov ut i fra en skriftlig henvisning. Alle pasienter *må innkalles til et møte ansikt til ansikt*. Vurderingen om hvilken helsehjelp som skal gis, må skje i møte med pasienten.

I pilotprosjektet 2012/13 flyttet man vurderingssamtalene til fastlegens kontor. Samtalene ble gjennomført som et nettverksmøte der pasienten hadde med pårørende fra det private eller offentlige nettverket. Fra DPS deltok psykologspesialist og fagkonsulent med kompetanse i å lede dialogiske samtaler. 17 slike vurderingssamtaler/dialogiske nettverksmøter ble

gjennomført på fastlegekontoret. Alle samtalene ble avsluttet ved at alle deltakerne utfylte FIT-skjemaet¹ GSRS (vedlegg 1). På denne måten ønsket man å kunne måle tilfredsheten på ulike områder:

- Hadde de tilstedeværende følt seg møtt og hørt i samtalen?
- Ble det snakket om det de ønsket å snakke om?
- Hvordan likte de denne måten å møtes på?
- Hvordan hadde de det generelt i løpet av samtalen?

Følgende er et utdrag fra evalueringsrapporten av pilotprosjektet:

«Antall avslag i denne pasientporteføljen er høyere enn gjennomsnittet for vårt DPS. Dette kan ha sammenheng med den seleksjonen som ble gjort i forkant da dette var uavklarte pasienter med hensyn til hjelpebehov og hjelpeinstans. Imidlertid er trolig pasientens tilfredshet med gjennomføring av nettverksmøtet såpass god fordi møtet gir rom for å begrunne beslutninger om videre tiltak. Møtet peker på en vei fremover i forhold til tiltak som bør prøves for de fleste. Et avslag fra DPS tillegges ikke den negative betydning som en risikerer ved ”papiravslag” uten samtale direkte med pasienten» (Ahus, 2014).

Til tross for gode resultater ble ikke prosjektet videreført. De erfaringer vi høstet i 2012/2013, ble dessverre ikke undersøkt eller utviklet videre på DPS Nedre Romerike på grunn av lovendring der fristen for å vurdere henvisninger ble redusert fra 30 til 10 dager. Det var ingen som hadde mot, lyst eller vilje til å gå videre med prosjektet. Når jeg ved ulike anledninger fortalte om dette prosjektet, kunne jeg merke at jeg fortsatt glødet for å videreutvikle denne ideen. Derfor var det inspirerende når flere uttrykte at dette prosjektet burde bli undersøkt nærmere. Da jeg senere stod i en situasjon hvor jeg trengte en ide til min forestående masteroppgave, bestemte jeg meg for å undersøke om det var mulighet for å utvikle prosjektet fra 2012/2013 i en eller annen form.

¹ GSRS skjema, er et skjema for vurdering av samtalen, og en del av FIT, Feedback Informed Treatment

1.3 Hvordan begynte prosjektet som skulle danne grunnlag for masteroppgaven?

Vinteren 2016 tok jeg kontakt med avdelingslederen ved et annet DPS for å drøfte muligheten for å utvikle og starte et pilotprosjekt etter modellen fra DPS Nedre Romerike. Umiddelbart var avdelingslederen positiv til ideen. Som en del av lederteamet ble psykologfaglig rådgiver koplet inn i prosessen. Flere ting måtte avklares før pilotprosjektet kunne starte opp. For det første var det viktig å sikre bred støtte i ledelsen for å sette i gang. For det andre skulle formen og fokuset på prosjektet avklares i forhold til lovendringen fra 2015. For det tredje var ledelsen opptatt av at prosjektet ikke måtte bli for omfattende, men begrenses til en seksjon på DPS'et.

Sist i august 2016 besluttet ledelsen å gå inn for oppstart av pilotprosjektet.

Allmennpoliklinikken ble utvalgt til å være rette seksjon for prosjektet. Avdelingslederen ble eier av prosjektet og psykologfaglig rådgiver som prosjektleder (heretter kalt Ann). Det var enighet om at *fokuset* i prosjektet ble utprøving av ny praksis i første samtale etter inntak i allmennpoliklinikken. *Formen* i prosjektet skulle være å gjennomføre samtalen på fastlegens kontor som **et nettverksmøte** der flere kunne delta etter ønske fra pasienten. Det var også enighet om at *utvalg* av henvisninger skulle være personer med et sammensatt symptom-bilde og med ulike eksistensielle utfordringer. Videre ble det besluttet å begrense *omfanget* i prosjektet til 15 henvisninger.

Alle fastlegene i distriktet fikk tilsendt brev med informasjon om pilotprosjektet (vedlegg 2). Videre ble det besluttet å starte opp med utprøving av ny praksis i perioden februar – juni 2017.

Av de pasienter vi valgte ut til prosjektet og som vi ringte til, var det kun en som takket nei til å delta. Dette fordi hun mente at hun ikke hadde noen i sitt nettverk som kunne delta. Alle fastlegene var positive til å delta i nettverksmøtene og var raske til å finne tid for når nettverksmøtet kunne bli holdt.

Det ble avholdt *15 nettverksmøter*. Denne masteroppgaven bygger på dette prosjektet, og jeg har valgt å ta utgangspunkt i tre av nettverksmøtene for videre utforskning. Disse tre møtene kan anses som et strategisk utvalg fordi de etter mitt skjønn representerer bredden av nettverksmøtene. De har forskjellig problematikk og forskjellige fastleger.

1.4 **Forskningsfokus: Prøve ut og utvikle en ny praksis for første samtale til DPS**

På bakgrunn av tidligere erfaringer med åpen dialog i nettverksmøte (heretter nettverksmøte) som faglig tilnærming og kontekst for vurderingssamtalen i 2012/13 ble jeg inspirert til å undersøke muligheten for et aksjonsforskningsprosjekt på et annet DPS. Intensjonen med dette nye prosjektet var å forbedre praksis. Helt eksplisitt handlet det om å prøve ut nettverksmøtet som faglig tilnærming og kontekst for *første samtale* med pasienten etter at hun/han hadde fått rett til utredning ved allmenpoliklinikken på DPS.

Denne utprøvingen tok form som et aksjonsforskningsprosjekt for å utforske betydningen av å

- *flytte første samtalen fra en en-til-en samtale på allmenpoliklinikken mellom pasienten og behandleren til fastlegens kontor*
- *gjennomføre samtalen som åpen dialog i nettverksmøte der den aktuelle pasienten kunne velge hvem hun/han ønsket skulle delta i samtalen foruten oss fra DPS*
- *la samtalen bli ledet av en annen person enn behandler eller fastlege.*

Valget om å fokusere på prosessen rundt tre nettverksmøter handlet om å få frem de erfaringene vi skaffet oss underveis og reflektere spesielt over disse i flere runder. Dette vil jeg komme mer inn på i kapittel 5 og 6.

Håpet var at vi i fellesskap skulle finne ut hvilke behov for hjelp den aktuelle pasienten hadde og sammen finne ut hvem som skulle gi denne hjelpen videre. Jeg var også nysgjerrig på hvilke erfaringer vi kunne gjøre oss underveis i prosessen, som igjen kunne skape muligheter for en forbedret praksis utover prosjektperioden. Siden aksjonsforskning (Tiller, 2004) handler om å være underveis og om å våge seg inn i det nye og uferdige, visste jeg at flere spørsmål ville vokse fram underveis som den nye praksisen tok form. Aksjonsforskning kan betraktes som en sosialkonstruksjonistisk prosess (Burr, 2003) hvor forskningsarbeidet vokser fram i en sosial samhandlingskontekst mellom forsker og praktikere i prosjektet. Når alle deler sine konstruksjoner og reflekterer over dem, kan det oppstå en ny forståelse og med nye muligheter for en forbedret praksis.

.

1.4.1 Avgrensing av oppgaven

Erfaringsene til masteroppgaven er basert på gjennomført prosjekt ved DPS 2017 der vi gjennomførte 15 nettverksmøter. Vi brukte FIT skjemaet GSRS for å få tilbakemelding fra bruker, pårørende, behandler og fastlege på om nettverksmøtene på fastlegekontoret hadde noen betydning. For prosjektet var det av interesse å få analysert tilbakemeldingene fra deltakerne i nettverksmøtene. Denne analysen har jeg valgt ikke å gi noen plass i oppgaven fordi jeg i stedet ønsket å se nærmere på de helt konkrete praksiserfaringene ved bruk av nettverksmøtene i denne sammenheng.

1.5 Tidligere forskning på valgt tema

Bibliotekets databaser PsycINFO og i svemedplus.kib.ki.se er blitt gjennomført. Her brukte jeg begrepene: henvisning, vurderingssamtale og forvern som søkeord. Jeg har søkt i nasjonale databaser som Google Scholar, BIBSYS og Helsebiblioteket. Her ble jeg henvist til Helsedirektoratet og prioriteringsveilederen: Psykisk helse for voksne. I de utenlandske databasene var det ingen funn som spesifikt harmonerte med de begrepene jeg hadde valgt. Eneste av interesse var en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening (8/2016): En modell for bedre samarbeid mellom fastlege og psykiater. Artikkelforfatter Inger Marie Dahlbom (2016) forteller om et prosjekt ved DPS i Moss der hennes erfaring var at felleskonsultasjoner gjorde henne overbevist om at selv kompliserte problemstillinger kan løses raskt når fastlege og psykiater setter seg ned og ser pasienten sammen.

Ved ambulant akutteam ved Universitetssykehuset i Nord-Norge er jeg kjent med at man har erfaringer med tett samarbeid med fastlegene i forbindelse med akutte kriser. Her er det ofte at første samtale med pasienten foregår på fastlegens kontor (Gjertsen, 2011). Slik jeg forstår, er det ikke gjort noen eksplisitt forskning på dette.

I Mo i Rana og i Fauske har man utviklet tilbud til familier som opplever uro eller bekymring for sine barn. I en artikkel i NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) (14.11.2017) fremgår det at alle kan henvende seg; familier, barnehage/skole, hjelpetjenester og så videre. Men det er alltid en forutsetning at familien selv opplever utfordringer og at de samtykker til og ønsker det. Det er et lavterskeltilbud med intensjon om lett tilgjengelighet, og det er ikke behov for henvisning til møtet; et første møte mellom familien og teamet. Møtet kan være tilstrekkelig hjelp i seg selv, eller det kan være en inngangsport til hjelpetjenester i tråd med familiens ønsker. Dette er et samarbeid mellom kommune, pedagogisk –

psykologisk tjeneste (PPT) og spesialisthelsetjenesten ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Familien inviterer personer eller hjelpere, som de tenker kan være med å belyse eller være til støtte, med seg inn i dette første møtet.

Høsten 2017 ble veilederen for «Forhåndssamtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem» revidert i tråd med resultater og erfaringer fra forskningprosjektet (Thoresen L. m.fl. 2017). Forskningen ble utført ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Av den reviderte veilederen går det fram at alle pasienter og/eller pårørende inviteres til en forhåndssamtale for å snakke om pasientens nære fremtid, fremtidig helsehjelp og livets slutfase. En forhåndssamtale kan gi verdifull informasjon til ansatte, *men samtalen er først og fremst* en anledning for pasienten og pasientens pårørende til å fortelle hva som er viktig i pasientens liv og hva som er pasientens ønsker og behov når livet går mot slutten. Pasienter (og pårørende) er forskjellige, har ulike livshistorier, diagnoser, sykdomsutvikling og erfaringer. Derfor vil samtalene også alltid bli forskjellige. Selv om det her ikke er henvisning til DPS som er i fokus, vitner forskningen likevel om at *samtaler mellom de som er berørte*, er prioriterte for den videre hjelpen og at de vurderes som viktige.

1.6 Oppgavens struktur, oppbygging og avgrensning

Innledningsvis har jeg redegjort for hensikten og tilnærmingen til dette aksjonsforskningsprosjektet. Videre har jeg presentert min arbeidskontekst. Avslutningsvis i innledningen har jeg redegjort for tidligere forskning på området som kan matche hensikten med min studie. I kapittel to gir jeg utdypende informasjon om DPSet som kontekst for prosjektet og eksplisitt om allmennpsykiatrisk poliklinikk som deltar i studien. I kapittel tre redegjør jeg for det teoretiske perspektivet og ideene som åpen dialog baserer seg på. Kapittel fire inneholder de ulike aspektene i aksjonsforskning. Her viser jeg hvordan refleksjon og refleksivitet er en integrert del av aksjonsforskningsprosessen og det som skaper mulighet for utvidelser, nye fokus, nye ideer og en dypere forståelse. I kapittel fem følger introduksjon til aksjonsforskningsprosessen. I dette kapitlet presenterer jeg de forskningsetiske overveielsene. Kapittel seks følger opp med beskrivelse av selve aksjonsforskningsprosessen og gjennomføringen av nettverksmøtene som syklusbevegelser i fire trinn. Gjennom dette kapitlet er det fortløpende refleksjoner i umiddelbar etterkant av nettverksmøtet og refleksjoner en stund etter at nettverksmøtet fant sted. I kapittel syv presenteres min ettertanke

og metarefleksjon. Her drøfter jeg de erfaringer og funnene vi fikk underveis ved bruk av nettverksmøte som kontekst for første samtale med pasienten. Kapittel åtte er det avsluttende kapitlet hvor jeg reflekterer rundt aksjonsforskning som metodisk tilnærming for prosjektet og prosessen og om veien videre. I kapittel ni finnes en utførlig litteraturliste, mens kapittel ti rommer vedleggene jeg har vist til i studien.

2 Distriktpsikiatrisk senter (DPS) som kontekst

DPS'ets kjernevirksomheter er i hovedsak desentralisert utredning med henblikk på diagnostisering og behandling av psykiske lidelser hos personer over 18 år, med tilhørende dokumentasjon. DPS'et har 5 kliniske enheter; Allmennpsykiatrisk poliklinikk, Tidlig intervensjon og rehabilitering for psykoselidelser (TIRE), Enhet for gruppeterapi (EFG), Akutteam og en døgnavdeling.

Forskningsprosjektet er foranket i Allmennpsykiatrisk poliklinikk (heretter allmennpoliklinikken).

DPS er forpliktet til å følge føringer i nasjonal Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne - for vurdering av henvisninger (Helsedirektoratet 2015):

Lovverket skal sikre at de pasientene som trenger det mest, skal komme raskest til den riktige helsehjelpen. Det grunnleggende vilkåret er at pasienten etter en medisinsk vurdering har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dersom behov vurderes, skal vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 vurderes. Etter § 2 har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når følgende vilkår er oppfylt:

- a) pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- b) de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt (ressursbruk).

Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger altså på sammenhengen mellom:

- a) en medisinsk vurdering av pasientens behov
- b) muligheten for å forbedre helsetilstanden ved helsehjelp (nytte)
- c) og helsehjelpens kostnadseffektivitet.

2.1 Hva skjer når DPS mottar en henvisning?

I lys av hensikten med forskningsprosjektet der vi prøver ut annen og ny praksis for første samtale med pasienten etter at hun/han har fått prioritert rett til utredning, er det viktig at leseren blir kjent med den eksisterende prosessen fra DPS mottar en henvisning til pasienten får tilbud om første en-til-en samtale med behandler på allmennpoliklinikken. I det følgende vil jeg skissere opp denne prosessen.

Henvisning mottas som regel elektronisk. Denne fordeles til spesialister i psykologi og medisin som kan/skal vurdere henvisningene med tanke på rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (Rettighetsvurdeirngen).

Den som henviser (som regel fastlegen) og pasient skal ha skriftlig svar på henvisningen senest 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten. Spesialisten har med andre ord 3-4 dager på seg til å gjøre vurderingen ferdig, gjerne etter å ha drøftet saken med en annen spesialist (definert som drøftingspartner) eller i det ukentlige inntaksmøtet. Vanskelige vurderinger sendes alltid til inntaksmøtet for drøfting.

Når det vurderes at en henvist pasient har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, gis det en *frist* for oppstart av helsehjelpen i henhold til prioriteringsveilederen for psykisk helsevern. Fristen settes ut fra det som fremkommer i henvisningen i forhold til hastegrad, alvorlighetsgrad, om pasienten har barn og pasientens alder. Hvis det vurderes at pasienten må ses ved DPS innen en uke, får pasienten tilbud ved akutteamet.

Det er vanlig at pasienter får en ventetid på første timeavtale, alt fra fire uker til tre måneder (sjelden over det).

Første time med pasienten på allmennpsykiatrisk poliklinikk foregår som regel ved at pasienten alene møter en behandler (lege eller psykolog) som starter en kartlegging/utredning. En slik utredning forløper ofte i en periode på et par til tre måneder ved at pasienten kommer til time ukentlig eller hver 14. dag. Det hender pasienten har med seg en pårørende eller venn i første samtale, men dette er ikke initiert fra DPS. Det forekommer ikke at henviser (fastlegen) stiller opp sammen med pasienten i første samtale.

Etter endt utredning tas det stilling til hvilket tilbud pasienten er i behov av og hvor dette behovet best ivaretas, eventuelt videre ved DPS eller et annet sted.

DPS plikter å samhandle med kommunehelsetjenesten, fastleger og andre som er involverte dersom personen det gjelder, trenger koordinerte tjenester. Denne plikten om samhandling er gjensidig mellom offentlige hjelpeinstanser og godt beskrevet i Helsedirektoratets veileder 'Sammen om mestring' - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (2014).

3 Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet vil jeg presentere *åpen dialog i nettverk*, hva praksisen går ut på og hvilke ideer arbeidsformen baserer seg på. Arbeidsformen danner den teoretiske rammen for studien.

3.1 Åpen dialog

Åpen dialog er en arbeidsform som ble utviklet og forsket på i Västerbotten i Finland av psykologen Jaakko Seikkula og hans kollegaer for ca 30 år siden. Konteksten for forskningen var innen akuttpsykiatrien, og målgruppen var unge innlagt med førstegangssykose (Seikkula, 2012). Siden da er arbeidsformen blitt videreutviklet og forsket mye på både i og utenfor Finland. Åpen dialog har spredd seg til store deler av Norden og verden for øvrig hvor det etableres forskningsnettverk og opplæringstilbud og hvor dialogiske praksiser utvikles (Heskestad & Rosengren, 2012; Sjørgård & Karlsson, 2017). Seikkula & Arnkil (2007) hevder at med en mer ydmyk og dialogisk tilnærming blir den profesjonelle samtalen en helt annen. Ressursene i pasientenes sosiale nettverk aktiveres når de involverte blir hørt og lyttet til på en likeverdig måte. Videre sier de at «Åpen dialog er en velkjent tilnærming i psykiatrisk kriseterapi, men i drøftingen peker de også på noen grunnleggende prinsipper for åpenhet og dialogisitet som er viktige i *all relasjonell praksis*» (Seikkula & Arnkil, 2013, s.11).

Dialogiske praksiser.

Dialogiske praksiser er en samlebetegnelse på relasjonelle praksiser der dialogisiteten, dialogen og responsen står helt sentralt. Alle mennesker fødes inn i relasjoner som livet leves innenfor, og det er disse relasjonene som styrer menneskenes psyke.

Åpen dialog er altså en arbeidsform som på en spesiell måte setter dialogen i sentrum, og som tar grunnleggende utgangspunkt i den som søker hjelp og i hans/hennes familie og lokale nettverk. Personene som søker hjelp, behandles ikke som små isolerte enkeltaktører, men som en del av det sosiale nettverket de har en tilknytning til.

I tråd med statlige føringer har det de siste årene vært en økende satsing innen psykisk helse- og rustjeneste på modeller og praksiser som skal styrke brukermedvirkning, pårørendeinkludering, samarbeid og nettverksmobilisering (Helsedirektoratet, 2008 & 2014). Hovedmålene har vært å styrke personens deltakelse og kontroll over sitt eget liv, involvere familie og nettverk, redusere institusjonalisering og tilby lokalbaserte tjenester der

menneskene lever og bor (Borg & Karlsson, 2013). Åpen dialog er en forskningsbasert nettverksmodell som ivaretar brukerdeltakelse, involvering og inkludering av familie og nettverk, tilgjengelighet og forutsigbarhet. Åpen dialog ivaretar det sosiale nettverksperspektivet og er foranket i syv prinsipper (Seikkula & Arnkil, 2007, 2013).

- 1 *Øyeblikkelig hjelp*, første møte innen 24 timer
- 2 *Det sosiale nettverk inkluderes*, privat/offentlig deltar fra første møte
- 3 *Ansvar*, de profesjonelle som tar imot henvendelsen, har en forpliktelse til å handle og bistå fram til første møte kommer i stand
- 4 *Fleksibilitet og bevegelighet* – både i forhold til praktiske avtaler, men også for å kunne gi tilpasset hjelp
- 5 *Psykologisk kontinuitet* – sikre overganger og sammenheng mellom ulike tjenester
- 6 *Tåle usikkerhet* – handler om ikke å komme med raske og umodne konklusjoner og løsninger, og med fokus på å skape tett relasjon til brukeren
- 7 *Dialogisme* – handler om at mennesker kommer i dialog med hverandre. Å være i dialog med hverandre er å være lyttende og undersøkende på den/de andres utsagn.

Viktige kjennetegn for åpen dialog:

- *Dialogisme*

Prinsippet om *dialogisme* er en betegnelse på en egen erkjennelsesfilosofi, et verdensbilde og en måte å forstå mennesket og virkeligheten på (Bøe & Thomassen, 2017). Selv sier Seikkula og Arnkil (2013, s.10):

Dialogisitet er for oss ikke en metode, men en innstilling, en holdning, en måte å være på overfor andre mennesker, og dialogisitetens kjerne er en grunnleggende relasjon fundert på annerledeshet: Alle mennesker er likeverdige, men ikke like. En persons syn på livet er alltid unikt og alltid utenfor den andres perspektiv.

Når vi søker dialogisitetens kjerne i relasjonell praksis, koker det ned til *respekt for den Andre*, for *den Andres unike annerledeshet*². Seikkula og Arnkil (2013) hevder at dette danner en felles dialogisk kjerne i hverdagens relasjoner.

² Jeg bruker stor A når jeg betegner den Andre for å understreke at den Andre er noe fundamentalt annerledes enn meg selv.

Dialogisme innebærer at det viktigste i møtet med den Andre er å legge til rette for dialog som kan skape endring hos pasienten eller familien. Ny forståelse og ny innsikt forutsetter samtale i form av dialog, og det er fagpersonenes oppgave å skape tillit, trygghet og invitere til nye perspektiver. Seikkula og Arnkil (2007) er opptatt av forskjellen mellom dialog og dialogisme og utvider derfor begrepet dialog til dialogisme. Dialog henviser til kommunikasjon mellom mennesker, mens dialogisme er en spesifikk epistemologi, en livsanskuelse. Det er en holdning til livet der en dialogisk relasjon er utgangspunktet.

- *Respons - alltid å garantere et svar*

Betydningen av alltid å garantere et svar, en respons, er fremholdt som livsviktig. I dialogisk praksis er poenget å lytte oppmerksomt, akseptere den Andre uforbeholdent og respondere på utsagn for å skape rom for dialogen. I følge Seikkula & Arnkil (2013, s.109):

... vi har en medfødt evne til dialogisk respons og til å initiere respons fra andre.
Dialogen er en helt enkel og grunnleggende dimensjon i livet – *men paradoksalt nok er det nettopp dette at den er så enkel, som forvirrer dem som er vant til å tenke metodisk.*

Seikkula lot seg inspirere av den russiske litteraturforskeren og kulturfilosofen Michael M Bakhtin (1897 – 1975) når han snakker om at vi bare som deltakere i dialogen er istand til å forstå det vi svarer:

Bakhtin hevdet at vi forstår en tekst når vi *svarer* på den. Forståelsens vesen er med andre ord å være et *svar*. Dette må naturligvis få metodologiske konsekvenser: For å forstå en tekst må vi svare på den. Dette vil si: vi må gå inn i den dialogiske utvekslingen av ytringen som alle tekster er en del av. Bare som deltaker i dialogen, i det vi svarer, er vi istand til å forstå (Slaattelid, 2005 s.61).

Den store utfordringen for oss terapeuter er å være helt og fullt tilstede i øyeblikket som de helhetlige, levende menneske vi er i vårt kroppslige nærvær for å kunne respondere på alle uttrykk. Øyeblikket finner sted *bare en gang*. Derfor er det viktig å tenke over *øyeblikkets* betydning. Man kan si at muligheten for en dialogisk relasjon er tilstede der og da, og ingen har råd til å gi slipp på det øyeblikket som åpner opp for ytringer som må responderes på.

I det videre sitatet hevder forfatterne til artikkelen, «Åben Dialog – Nøglemarkører og deres kontekst. En introduktion til behandlingstilgangen Åben Dialog» (Eiterå & Jensen & Widt, m. fl 2014 s.15) at å være i dialog også handler om at hver især tar utgangspunkt i seg selv:

At være i dialog kræver dog samtidig, at man primært taler ud fra sig selv. Det viser sig ved at man er undrende, undersøgende og spørgende ud fra hvad man hører. Og samtidig lader dette der er hørt have resonans i sig selv. Gensvaret bliver herved mit gensvar ud fra mig selv og ikke ud fra hvad jeg tror, tænker eller gerne vil, at den anden mener og forsøger at sige. Lykkes denne dialog kan en sådan samtale blive en dialogisk dialog, hvor nye og andre måder at se, høre, fornemme og forstå hinanden på dukker op.

Forfatterne bruker her begrepet resonans, et begrep som egentlig er hentet fra musikkens verden. Resonans oppstår når en tone svinger i takt med det rommet den møter. Begrepet brukes i sammenhengen for å forstå møtet mellom for eksempel en terapeut og en bruker eller familie (Jensen & Ulleberg, 2011).

- *Polyfoni – det flerstemte*

Polyfoni, som meningens og relasjoners flerstemte vesen, handler om hvordan vi i dialogen på en og samme gang samtaler med et mangfold av stemmer (Seikkula Arnkil, 2007). Dette fordi vi i våre levde liv har blitt påvirket av alle relasjonene og dets stemmer. Det er stemmer vi bærer med oss hele livet. Så man kan si at vi lever i et mangfold av stemmer som slås av og på. De gjør seg gjeldende samtidig, avhengig av om hva, hvor, hvordan og med hvem vi snakker med. Den sosiale virkeligheten er alltid polyfon, og det finns ikke én sannhet, men flere sannheter, flere sanne stemmer som utgjør en flerstemthet. Vi mennesker forstår en hendelse ut i fra det ståstedet vi har der og da med alle de relasjonelle erfaringer vi bærer med oss.

- *Indre og ytre dialoger*

I følge Seikkula (2012) har et hvert menneske en indre dialog som holdes i live ved en stadig kontakt med andre mennesker og ved en tilhørighet i ulike grupper. Disse gir liv og dynamikk til ens psyke, ens indre stemmer og ens indre dialog. Når en person blir psykisk syk eller på annen måte utsettes for en forringelse av nettverket, kan dette føre til at dialogene i menneskenes liv reduseres eller opphører. Den ytre dialogen stopper opp, men også den indre dialogen vil da stå i risiko for å stagnere.

De ulike stemmene «slår seg på» avhengig av hvilket tema man diskuterer. Fagpersoner deltar alltid i dialoger både som representant for profesjonen med sin tilhørende fagkunnskap og som de levende menneskene de er. Hver samtale skaper sitt eget språk som ikke eksisterte i siste uke da samme gruppe mennesker møtte hverandre, og som ikke lenger eksisterer når de samme menneskene møtes i neste uke. – Mellom møtene har folk hatt andre samtaler, og/eller de har hatt indre dialoger. Når de møter den samme gruppen, er perspektivene forandret (Seikkula & Arnkil, 2013).

Samspeillet mellom den indre dialogen; den du kun selv hører, og den ytre dialogen som er hørbar for den Andre, er verdt å merke seg. Er vi oppmerksomme på egne indre dialoger, kan vi oppdage hvilken påvirkning disse har på den ytre dialogen, den som er hørbar, og motsatt hvordan den ytre dialogen skaper rom for den indre (Seikkula & Arnkil, 2013, s.115).

3.2 Kontekst

I følge Vedeler (2016) har dialogisk praksis sin forankring i den sosialkonstruksjonistiske tankegangen og hviler på ideen om å ta hensyn til den kontekstuelle sammenhengen som praksis oppstår i. Når mennesker skal kunne forstå hverandre, må de først ta utgangspunkt i å forstå hvilket bakland eller den konteksten denne personen lever sitt liv i. Man må stille seg spørsmålet, betyr de ord jeg bruker når jeg uttrykker meg, det samme for den Andre som jeg taler med? Jeg tenker at vi alle uttrykker oss ut i fra den kontekst/ det landskap/ den kultur vi er en del av og opptrer i. Tom Andersen (2005) var opptatt av konteksten, kulturen til den personen han snakket med, for bedre å kunne forstå budskapet hun/han kom med. Han la merke til hvordan samtalen ble noe annet når samtalen fant sted på familiens kjøkken fremfor i allmennpoliklinikkens lokaler. Kontekst stammer fra kommunikasjonsteorien, og begrepet benyttes, i følge Ølgaard (2004), om den sammenhengen et utsagn, en hendelse eller en adferd forekommer i. Sammenhengen kan være i et gitt miljø, i en bestemt kultur eller i de omgivelsene som eksempelvis jeg befinner meg i der og da. Konteksten er avgjørende for hvordan man kan forstå menneskene og det som sies og det som skjer. Når konteksten endres, endres også meningen for det som foregikk.

3.3 Om refleksjon og reflekterende prosesser

Ved bruk av refleksjon og reflekterende team er det en til flere personer som sitter i lytteposisjon og hører på det den Andre forteller. Etter en stund blir teamet invitert til å reflektere høyt sammen om det de har hørt og som har berørt dem. En kan si man skiftes på å være i lytte- og snakkeposisjon (Seikkula, & Eliassen, 2006). Når man hører sitt eget innlegg bli fortalt fra en annen person, får den som først sa det, anledning til å høre hvordan den andre hadde hørt og forstått det han uttrykte. I en slik prosess kan man få ny innsikt og nye forståelser av hva en har sagt og tenkt, og man hører samtidig hva den andre har forstått. Dette kan føre til reflekterende prosesser (Andersen, 2005).

I nettverksmøtene skapes det rom for refleksjon mellom de to møtelederne underveis i møtet. De reflekterer med hverandre om det som er blitt uttrykt og som har berørt dem. I følge Seikkula snakker de som reflekterer, høyt om sine observasjoner og sine antagelser. Det de håper på, er å få frem så mange forskjellige og motstridende observasjoner som mulig (Seikkula, 2012).

Tom Andersen (1988) refererer til Gregory Bateson som definerer informasjon til «*en forskjell som gjør en forskjell*». Det finnes tre slags forskjeller, men kun en av dem gjør en forskjell, nemlig den som er passe forskjellig. En *forskjell som gjør en forskjell*, blir ofte brukt i forhold til måten vi får informasjon og i måten vi stiller spørsmål på (Andersen 1988, Ølgaard 2004). Tom Andersen (1988) forandret begrepet til «*usedvanlig*» i tre kategorier: Den første er *lite usedvanlig*; et eksempel på at refleksjonen er for lite forskjellig til at det skjer en reaksjon eller bevegelse hos deltakerne. De merker ikke at noe skjer. Den andre er når refleksjonen er *for usedvanlig*. Da er refleksjonen av en slik art at den skaper motstand og lite mulighet for bevegelse. Den tredje er når refleksjonen blir *passe usedvanlig*. Da er det ikke for mye og ikke for lite, og da er det mulighet for en reaksjon, en bevegelse.

3.4 Åpen dialog i nettverksmøte

Et nettverksmøte kan her forstås som et møte der viktige berørte fra både det private og det offentlige nettverket deltar i en felles dialog. Her bestreber en seg på at alle stemmene skal høres og hvor det tilrettelegges for å skape en felles forståelse av hva som oppleves vanskelig. I tillegg gir møtet mulighet for å utforske hvordan sentrale ord som blir uttrykt, kan forstås.

Møtet er uten agenda, man samtaler om det hovedpersonen (pasienten) er opptatt av her og nå. Den følgende dialogen baserer seg på temaer hovedpersonen bringer frem. Møtet ledes som regel av to personer, en leder og en co-leder (Fyrand 2000, Jørgensen m.fl. 2009).

Terapeutens *holdning* er at pasienten er unik og har noe verdifullt som hun/han ønsker å si. I studien er vi ute etter å få til dialog mellom de som er tilstede i samtalen. Alle oppfatter situasjonen ut fra sitt ståsted. Når alle hører det samme, er det mulighet for ny innsikt og en felles forståelse.

I nettverksmøtet konstrueres mening om det som skjer mellom de som deltar der og da. Når vi er opptatt av menneskelige møter, retter vi søkelyset på hvordan mening konstrueres mellom mennesker (Jensen & Ulleberg, 2011). Mening utvikles og endres kontinuerlig i språklige utvekslinger med andre. «Den grunnleggende ide i sosialkonstruksjonismen virker rett enkel, men den er dyp. Alt hva vi regner for virkelig, er sosialt konstruert» (Gergen, 2005, s.9). Og videre – når vi sier at et fenomen er sosialt konstruert, så innebærer det en invitasjon til å vurdere å endre våre konstruksjoner. Tom Andersen (2005) sier at vi beskriver virkeligheten gjennom samtaler vi har med hverandre. «Den grunnleggende ide oppfordrer oss til at nytenke så å si alt, hva vi har lært om verden og oss selv. Med denne gjentening inviteres vi til at handle på nye og spennende måter» (Gergen, 2005, s.8). En viktig teoretisk antakelse kan i denne sammenhengen være at vi skaper en virkelighet sammen i nettverksmøtene. Vi erfarer at hvert møte er unikt. Til tross for at de samme deltakerne tidligere har møttes, er det nye møtet alltid annerledes. Deltakerne skaper virkeligheten seg i mellom der og da.

3.5 Dialog

Til sist i dette kapitlet vil jeg redegjøre for hva jeg forstår med dialog og viser til den norske filosofen Helge Svarre (2006). Det er mange som tror at *dialog* betyr samtale mellom to personer. Ordet er sammensatt av det greske *dia* som betyr *gjennom* og *logos* som betyr *ord*, *tale* eller *fornuft*. Dialog er altså en virksomhet som utøves gjennom ord:

Å begi seg ut i dialogens åpne og omskiftelige landskap, kan by på mange slags erfaringer. For noen kan det oppleves som uvant og litt skremmende. Du utsettes for dem du møter på en annen måte enn ellers. Du kan for eksempel ikke gjemme deg bak innøvde fraser eller overflatiske oppfatninger. Samtidig gjør det inntrykk å se hvordan

dialogen gir dem som deltar styrke og inspirasjon. Denne styrken springer ut av gleden ved å skape noe sammen med andre, og av det å møtes i et felleskap som både gir trygghet og har rom for frihet (Svare, 2006, s. 8).

Videre kan vi spørre oss, hva er det med dialogen som gir oss innsikt? Ordene vi bruker når vi snakker, er våre tanker, i følge Svare (2006). Og det mest vesentlige med dialogen, slik Martin Buber ser det, er møtet mellom to parter som åpner seg for hverandre og lar seg berøre av den Andres uttrykk (Svare, 2006).

Den norske filosofen Anders Lindseth (2011) skriver i artikkelen: «Når *man blir syk på livets vei*» om å bevege seg på ulike nivåer for å kunne være åpen og tilstede for den Andre i samtalerommet. Vi må skape et oppmerksomhetsrom der vi lar den Andres uttrykk gjøre inntrykk på oss. Først må vi la oss berøre og bevege slik at den Andre får begynne der han er. Har man først våget seg frem og satt ord på en situasjon som man kanskje ikke engang selv forstår, er det livsviktig at noen er der å ta imot det som blir fremsagt. Lindseth er inspirert av den danske teologen og filosofen K.E. Løgstrup (1905-1981). Løgstrup (2010) sier at ethvert møte mellom mennesker innebærer å *legge noe av sitt liv i den andres hender*. Dette våger vi fordi vi har en *tillit* til at vi blir tatt imot av den andre. Tilliten er vår første holdning til andre mennesker. Mistilliten er sekundær. Den er sekundær i den forstand at det først er når vi gjør erfaringer der andre ikke kommer oss i møte, eller verre krenker oss, at mistilliten kan oppstå i oss.

4 Aksjonsforskning

4.1 Om aksjonsforskning

Aksjonsforskning er et relativt bredt og sammensatt felt der de vesentlige underliggende dimensjoner er demokratisering og frigjøring, makt, kontroll, forandring av praksis og der deltagerne blir medforskere og inviteres inn i refleksjonene rundt forbedring av praksis. Innenfor aksjonsforskning benyttes ulike metodiske tilnærminger som kan ha både kvalitative og kvantitative trekk (Bjørndal, 2004). Alrø og Hansen (2017) hevder at aksjonsforskning er en særlig forskningsmetode som adskiller seg fra andre former for forskning ved at forskeren forsker i felten sammen med deltakere fra forskningsfeltet. Min aksjonsforskning er innenfor den kvalitative metode som søker å gå i dybden, og som legger vekt på åpenhet om prosessen i forskningen (Thagaard, 2009).

Det er flere forskjellige forskningstradisjoner også innenfor aksjonsforskningen. Ambisjonen er imidlertid å forandre praksis samtidig med at man utvikler viten om de forskningsprosessene som finner sted i en vekselvirkning mellom aksjon og refleksjon. Når teoretiske perspektiver, erfaringer og praktiske handlinger bringes i spill, skapes det ny viten (Billung & Alrø, 2017).

Aksjonsforskning er med andre ord forskning som eksplisitt retter seg mot forandring og bevegelse av det feltet som undersøkes, og som det er et uttrykt ønske om å endre. En forutsetning for aksjonsforskningen er at den inviterer inn aktører fra forskningsfeltet til å være deltakere i arbeidet (Nilsen, 2014).

Olsen & Eikseth (2007) og Levin (2015) fremhever noen grunnleggende faktorer for å lykkes med et aksjonsforskningsprosjekt:

- For det første skal forskningsprosjektet være godt forankret hos leder (i ledelsen). Det er oftest leder som peker ut hvem fra praksisfeltet som skal delta i forskningsfellesskapet. Det er viktig at deltakerne får et eierforhold til prosjektet gjennom samtaler og at de ser nytten av å delta helt fra begynnelsen av. Utvikling av et gjensidig tillitsforhold mellom de som deltar, er avgjørende for en god start.
- For det andre skal forskningen bidra til konkret endring av praksis eller løsning av et konkret problem. Å finne en vei for endring av praksis eller hvordan man skal løse et

konkret problem, er det mest krevende og et troverdighetskriterium i aksjonsforskningen.

- Utvikling av «veien for endring» og implementering av denne gir grunnlag for vitenskapelig strukturering og analyse.
- Aksjonsforskning gjennomføres som en syklisk prosess i en vekselvirkning mellom aksjon og refleksjon for at man på denne måten kan få nye erfaringer og ny innsikt.

Kvaliteten i aksjonsforskningsprosessen sikres ved at forskeren er aktiv i den faglige debatten og skjerper sin kritisk-analytiske evne til å bygge gode teoretiske modeller for forskningen. Fire elementer peker seg ut som sentrale for å kunne levere god aksjonsforskning. 1) Bred lokal deltakelse, 2) kontroll av forutinntatthet 3) samarbeid mellom forsker og deltakere, 3) systematisere data fra endringsprosessen.

Som tidligere nevnt, har jeg valgt aksjonsforskning som metode for mitt forskningsprosjekt fordi jeg vil prøve ut en annen praksis i et etablert system. Jeg vil anvende åpen dialog i nettverksmøte som den faglige tilnærmingen. Det er sammenfallende idealer mellom åpen dialog i nettverksmøter og aksjonsforskningsprosessen. For det første er det ideen om «deltakende demokrati» der kommunikasjon, samarbeid og erfaringsdeling står sentralt. For det andre er det ingen agenda i nettverksmøtene. Man må tåle å være åpen for det som skjer der og da, kunne improvisere og ta ibruk det repertoaret man har til rådighet. I følge Tiller (2004) handler aksjonsforskning om å våge seg inn i det uferdige, det nye, at aksjonsforskning handler om å være underveis og hele tiden være parat til å se det som skjer her og nå.

I en slik prosess gjenspeiles den demokratiske grunnverdien i en likeverdig deltakelse og et likeverdig eierskap til prosessen (Andvig, 2005). Aksjonsforskning kan ses som en sosialkonstruksjonistisk prosess hvor forskningsarbeidet vokser fram i en sosial samhandlingskontekst mellom deltakere og forsker (Gergen, 2010). Deltakelse i disse sosiale endringsprosessene skaper erfaringer som eksplisitt blir tilgjengelig, men som også lagrer seg som taus kunnskap eller som skjult innsikt (Levin, 2015).

Ved at alle deler sine konstruksjoner kan en arbeide mot en felles forståelse av hva som skaper forbedringer Gjennomføring av nye tiltak utvikles gjennom å inkludere og drøfte partnernes ulike forståelser og verdier. På denne måten kan funn og oppdagelser

underveis være med på å skape ny innsikt og helhetsforståelse (Olsen & Eikseth, 2007, s. 28).

Aksjonsforskningsprosessen kan likeledes forstås og sammenlignes med en hermeneutisk sirkel. I følge Thomassen (2006) kan vi forstå den hermeneutiske sirkel som en vekselvirkning mellom helhet og del hvor forståelsen utvikler seg gjennom en stadig bevegelse frem og tilbake mellom helhet og del i det materialet eller den situasjonen man søker å forstå.

Aksjonsforskningens vekselvirkning mellom handling og refleksjon over praksis og teori danner på denne måten grunnlag for ny kunnskap og ny forståelse. Prosessen har fire hovedpunkter: 1) planlegging av aksjonen (det som skal skje) 2) handle i praksis 3) observere hva man ser 4) reflektere over det man er blitt opptatt av/hva man har lært slik at ny kunnskap blir integrert (Olsen & Eikseth, 2007). Aksjonsforskningsprosessen inviterer oss med andre ord til å lære av erfaringene vi gjør underveis og ta konsekvensene av dette i prosjektet. Derfor er det nødvendig at vi systematisk samler erfaringer slik at vi gjennom refleksjon kan bruke dem til å bidra med fornyet innsikt (Malterud, 2015).

Aksjonsforskningens spirallignende utviklingsprosess ligner mer på jazzens sterke preg av mer eller mindre improvisert samarbeid enn forutsigbar salmesang. Jazz er imidlertid en spesielt krevende musikkform – slik aksjonsforskning er en spesiell krevende form for forskning. For å møte denne typen utfordrende forskerrolle er det nødvendig at aksjonsforskere inntar en klarere refleksiv holdning og tilnærming til aksjonsforskningsprosessen enn det som er tilfelle i dag (Bjørndal, 2016, s. 138).

4.2 Forskerrollen i aksjonsforskning

Bjørndal (2016, s.124) hevder at å styrke prosjektdeltakernes autonomi, er med å viske ut grensen mellom forsker og deltakere, noe som krever høy grad av bevissthet og faglig integritet hos forskeren. Dette vil si at hun/han har mot til å tilkjenne sine styrker og svakheter rent kunnskapsmessig. Forskeren må altså være ærlig på det man kan, og det man ikke kan. Hun/han må inneha en høy grad av sosial kompetanse og evne til tilstedeværelse (McNeill & Whitehead, 2011).

Den «nye» forskerrollen innebærer at forskeren i stor grad må bidra med seg selv som instrument i prosessen (Olsen & Eikseth, 2007, s. 30) ved å:

- endre fokus fra å være observatør til å bli samarbeidende deltaker
- endre rollen fra å være forskerexpert til å bli lærende forsker
- leder utviklingsprosesser og deler ansvaret for å finne nye løsninger

Billung & Alrø (2017, s. 67) uttrykker dette slik:

Forandringsprosesser, der er forskningens genstand, er forbundet med stor uforutsigelighet, som innebærer at forskeren må stille sig i en åben sårbar position der i sig rummer både muligheder og udfordringer.

I følge Morten Levin (2015) må aksjonsforskere trenes ved å reflektere over og kunne integrere praksisrelevant erfaring på en slik måte at kvaliteten av forskningen kan vurderes. Videre sier han at det er et viktig poeng å kunne trene opp evnen til både å kunne leve seg inn i og forstå den sosiale konteksten prosjektet gjennomføres i, samtidig som forskeren innehar en kritisk evne og analytisk distanse.

Forskeren må ha en etisk forpliktelse til åpent og kritisk å utfordre og konfrontere egne fordommer, forutinntatte meninger og en tatt- for-gitt forståelse. Slik jeg forstår det, er refleksivitet en form for kritisk selvvrdering i form av evne til å speile og korrigere egne tanker, verdier og handlinger i praksis. Denne refleksiviteten kommer blant annet til syne i refleksjoner som gjøres underveis i studien (Schibbye, 2009; Billund & Alrø, 2017).

4.3 Refleksjon som metode for analyse

I aksjonsforskning er det stor vekt på kvaliteten i refleksjonen. I følge Tiller (1999) kan evnen til refleksivitet bidra til at kontakten mellom det man ønsker å gjøre og det man faktisk gjør, forbedres. I følge Olsen & Eikseth (2007) kan gjennomføring av et nytt tiltak utvikles gjennom å inkludere og drøfte deltakernes ulike forståelser og verdier. På denne måten kan oppdagelser og nye funn underveis være med på å skape ny innsikt og helhetsforståelser. Billung & Alrø (2017) hevder at aksjonsforskningen er en kombinasjon av aksjon og refleksjon. Schön (2013) skjelner mellom *refleksjon i handling* og *refleksjon over handling*. Refleksjon i handling er den refleksjonen som foregår under selve endringsprosessen hos

forskeren, men også gjennom refleksive refleksjoner mellom deltakerne og forskeren når de samarbeider i felten. Formålet her er at man gjennom refleksjon kan oppnå en bevissthet om det man gjør mens man gjør det. På denne måten er det mulig å regulere og å forbedre det som foregår her og nå i samspillet. Refleksjon i handling har på denne måten en betydning for det en observerer her og nå (Schön, 2013, Billung & Alrø, 2017). Dessuten er det viktig å *reflektere over handlingen* man gjør når man ikke lenger er i prosess. Når aksjonsforskeren arbeider på avstand, får hun/han mulighet til å være betrakteren og dermed få en større analytisk distanse til felten (prosjektets deltakere) og feltet (prosjektets aktuelle temaer) og oppnår dermed ny innsikt og viten som igjen kan utvikle nye ideer til kommende handlinger (Schön, 2013; Billung & Alrø, 2017).

Når vi taler om evne og kvalitet på refleksivitet, taler vi om en systematisk og kritisk gjennomgang av egne tankemåter, handlinger og praksis. Olsen & Eikseth (2007) viser til Lawrence Stenhouse (1995) som hevder at det ikke er tilstrekkelig at et arbeid/en praksis kun blir vurdert av forskere fra akademien, men at praktikere må lære å studere seg selv og egen praksis.

Dewey hevdet i følge Olsen og Postholm at uten refleksjon blir erfaringens frukter flyktige, og dermed vanskelige å fastholde som varig kunnskap. Erfaringer oppstår i en situasjon hvor individet og miljøet er i interaksjon eller i transaksjon med hverandre. «Situasjonen» er ikke noe isolert fenomen men en del av en kontekstuell helhet (2009 s. 22).

4.4 Kritiske stemmer om aksjonsforskning

All levende forskning må inngå i en kritisk debatt om metode, teori og forskningspraksis. Denne diskusjonen er selvsagt helt grunnleggende for at aksjonsforskning skal kunne utvikles. Levin (2015, s.31) gjør et poeng av at:

Kanskje er det aller viktigste som har skjedd i det siste tiåret, at dagens samfunnsforskning ofte blir avkrevd et svar på den praktiske nytten av forskningen? Dette er en utfordring som passer som hånd i hanske for aksjonsforskere fordi man nettopp i aksjonsforskning kopler praktisk nytte og forskning i samme prosess.

Enkelte vil mene at det er for ressurskrevende å velge aksjonsforskning som metode for forskningsprosjektet fordi det er krav om medvirkning fra feltet det blir forsket på. Andre kritiske røster hevder at noen prosjekter under betegnelsen «aksjonsforskning» snarere bør betraktes som dagligdags profesjonelt arbeid enn forskning (Olsen & Eikseth, 2013).

5 Introduksjon til aksjonsforskningsprosessen

I dette kapitlet presenterer jeg hvem som deltok i studien, hvordan jeg rekruterte deltakerne og hvilken rolle de hadde. Jeg kommer også inn på min rolle som både ansatt på DPS, leder av nettverksmøtene, forsker og student. Dette krevde en bevissthet og en åpenhet fra min side overfor deltakerne i studien slik at de kunne gripe inn dersom jeg uforvarent kom til å blande rollene. Jeg gjør også rede for hvordan vi gjennom refleksjon systematisk arbeidet med erfaringene fra nettverksmøtene.

5.1 Deltakere i forskningsprosjektet og deres roller

Prosjektets ramme var å arrangere et nettverksmøte på fastlegens kontor hvor pasienten og en fra hans/ hennes sosiale nettverk deltok sammen med fastlegen og tiltenkt behandler fra DPS. Møtene ble ledet av meg og psykologfaglig rådgiver Ann. På møtet snakket man om henvisningen fastlegen hadde sendt til DPS og om hvilke tanker og forventninger pasient, pårørende, fastlege og behandler hadde til denne. Møtet åpnet også muligheten for reflekterende team der møtelederne reflekterte over det de hadde hørt. Møtet sluttet med en felles forståelse og bestemmelse av hva som videre skulle skje. Utfallet kunne være at pasienten valgte å fortsette utredningen på DPS, men det kunne også være at pasienten valgte annen type hjelp utenfor allmennpoliklinikken på DPS.

Behandlerne på allmennpoliklinikken og Ann hadde rollen som medforskere. Fastlegene var deltakere, men de hadde ikke status som medforskere. Pasient og pårørende var deltakere i nettverksmøtene, men de hadde ingen annen rolle.

Psykologfaglig rådgiver, omtalt som Ann, deltok i alle nettverksmøtene og hadde rollen som co-leder. Som co-leder bistår man lederen av møtet, som var meg, med å huske på det vi må informere om og bistår med en refleksjon i løpet av møtet; en refleksjon der hun, aktuell behandler og jeg reflekterer over det vi har hørt og er blitt berørt av i løpet av møtet. I denne refleksjonen er det viktig å ikke bringe inn temaer som ikke har vært snakket om tidligere i møtet. Likeledes tilstreber man å bruke de samme ordene som hovedpersonen har brukt, i vår sammenheng pasienten. En annen regel i denne typen refleksjon er ikke å se på de deltakerne som er i lytteposisjon. De skal ikke føle seg forpliktet til å svare etter at refleksjonen er avsluttet.

Alle som deltok i studien utenom meg, er anonymiserte.

5.1.1 Rekruttering av deltakerne

- Behandlerne ble første gang informert om prosjektet tidlig høst 2016. Avdelingsleder, Ann og jeg inviterte oss selv til et møte på Allmennpoliklinikken der vi la fram våre tanker om prosjektet. Vi var interessert i å få høre om noen kunne tenke seg å delta som medforskere sammen med oss. Faktisk ga alle tilbakemeldinger og uttrykte positive forventninger til prosjektet og ytret ønske om å være med. Flere ga uttrykk for at første samtale med pasienten på fastlegens kontor ville kunne åpne opp for perspektiver som ellers ikke ville framkomme i en en-til-en samtale mellom pasient og behandler. I tillegg mente flere at forholdet til fastlegene ville bli bedre, og de så muligheten for at terskelen for å ta kontakt med fastlegene fremover ville bli lavere. Flere ga også uttrykk for frustrasjon over dagens organisering der de mente at tilbudet ved allmennpoliklinikken ikke var tilstrekkelig for mange av pasientene. I denne sammenhengen kunne behandlerne føle seg hjelpesløse når de oppdaget at de ikke kunne være til hjelp.
- I desember 2016 var det heldagsseminar med alle ansatte på DPS Øvre Romerike der tema var «Dialogiske praksiser inn i spesialisthelsetjenesten». Seminaret ble gjennomført som en dialogisk prosess mellom innledere og deltakere. På seminaret informerte vi om tankene til prosjektet og fikk flere synspunkter fra de ansatte. På denne måten sikret ledelsen seg at alle ansatte på klinikken var informert om det forestående prosjektet.

Fastlegene hadde ikke status som medforskere i prosjektet. Likevel valgte vi å inviterte de til refleksjon cirka tre måneder etter siste nettverksmøte; en refleksjon der de delte sine erfaringer med hverandre og med oss om det de hadde vært med på. Fastlegene har en sentral rolle fordi det er de som henviser pasientene til DPS, og det er de som følger opp etter endt behandling.

Av de 14 fastlegene som deltok i pilotprosjektet, var det 4 fastleger som kom til refleksjonen. Refeksjonen ble tatt opp på bånd og transkribert.

5.2 Forskningsetiske overveielser

Forskningsprosjektet er forelagt Regional komite (REK) for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK 15.12.2016 med ref.nr.2016/2232 A. Prosjektet vurderes til å være et helsetjenesteforbedrende prosjekt som ikke trenger godkjenning derfra (vedlegg 4).

Likeledes er prosjektet vurdert fra Norsk senter for dataforskning (NSD) den 21.02.2017 med prosjektnummer 51623. Prosjektet er vurdert til ikke å være meldepliktig (vedlegg nr. 5) Ingen av de opplysninger som framkommer i nettverksmøtene, vil bli nedskrevet og/eller registrert i DPS`et sitt datasystem. Regional etisk komite anbefalte at vi til tross for at prosjektet er et tjenesteforbedrende tiltak, innhentet informert samtykke fra pasienter og pårørende, noe vi da valgte å gjøre

5.3 Min rolle som forsker og nettverksmøteleder

Mine ulike roller i forskningsprosessen kunne bli en utfordring om jeg ikke var bevisst på dette. Ved at jeg fra før av hadde en identitet i DPS med kompetanse i å lede nettverksmøte, kunne dette medføre at jeg stod i risiko for å være for lite kritisk og ikke så de «blinde flekkene» fordi min tro på åpen dialog i nettverksmøter var stor. I tillegg kunne det medføre at jeg enten påtok meg et for stort ansvar eller ble tildelt mer ansvar i prosessene i studien enn nødvendig på grunn av min erfaring. I tillegg var det mitt ansvar å drive aksjonsforskningsprosessen framover uten å påvirke resultatene slik at de skulle passe til min for forståelse. Jeg var oppmeksom på den utfordringen som lå i å inneha flere roller og var derfor ekstra åpen overfor innspill og kritiske røster fra de øvrige deltagerne i prosjektet.

5.4 Erfaringene fra forskningsprosessen

I pilotprosjektet som vi gjennomførte vinter og vår 2017, fikk vi interessante erfaringer fra de 15 nettverksmøtene på fastlegekontorene. Jeg valgte å gå i dybden og utforske erfaringer fra tre av nettverksmøtene. Utvalget ble gjort helt tilfeldig. I to av møtene deltok alle som ble invitert, mens i et av møtene var ikke pårørende med.

De konkrete erfaringene ble systematisk reflektert over i refleksjoner i to nivåer etter nettverksmøtene. I tillegg fra refleksjon med behandlergruppen og fastlegene 2 og 3 måneder etter siste nettverksmøte.

- **«Refleksjonsnivå 1» - Umiddelbare refleksjoner som ble gjennomført rett etter hvert nettverksmøte.** De som deltok her, var Ann, en behandler og meg.
Refleksjonen ble tatt opp på bånd og transkribert. Jeg brukte dette som utgangspunkt for å forstå mer i forhold til nettverksmøtet på fastlegens kontor, og tok disse refleksjonene med videre til neste nettverksmøte.
- **«Refleksjonsnivå 2» - Anns og min etterrefleksjon over den første refleksjonen.**
Denne samtalen ble først gjennomført etter transkriberingen og etter at både Ann og jeg hadde gjort oss noen tanker om den første umiddelbare refleksjonen. Også denne refleksjonen ble tatt opp på bånd og transkribert. Denne transkripsjonen brukte jeg for å gå i dybden og for å forstå mer i forhold til nettverksmøtet på fastlegens kontor. Disse refleksjonene tok jeg med videre til neste nettverksmøte.
- **«Refleksjon» - Reflekterende team med behandlere cirka to måneder etter siste nettverksmøte.** Reflekterende team med de behandlerne som deltok i nettverksmøtene. Vi gjennomførte først dette etter at alle nettverksmøtene var gjennomført. Behandlerne snakket først sammen om de erfaringer de hadde fått. Deretter reflekterte deres kollegaer som ikke hadde vært med i nettverksmøtene, over det de hørte ble fortalt. I denne refleksjonen deltok også ledere til behandlergruppen.
- **«Refleksjon» - Samtale med fastlegene cirka tre måneder etter siste nettverksmøte.** Til tross for at fastlegene ikke hadde status som deltakere i prosjektet på lik linje som behandlerne, ble deres stemmer viktige å lytte til.

Begge disse refleksjonene med behandlergruppen og fastlegene ble tatt opp på bånd og transkribert.

6 Utprøving av ny henvisningspraksis – et aksjonsforskningsprosjekt

I dette kapitlet beskriver jeg først aksjonsforskningsprosessen som foregikk i fire trinn:

1. trinn - planlegging, 2. trinn - handling og observasjon, 3. og 4. trinn er refleksjonene også visualisert med figur 1. Jeg presenterer hvordan vi forberedte møtene. Videre gir jeg en kort beskrivelse av møtene slik jeg husker dem. Deretter kommer den første umiddelbare refleksjonen mellom Ann, (behandlerne) Lene/Hanne/Sanne og meg hvor vi snakker om våre første inntrykk fra møtet. Etter dette kommer Ann`s og min etterrefleksjon der vi reflekterer over vår første umiddelbare refleksjon.

Underveis, kommer jeg inn på hva behandlergruppen og fastlegene sa i deres refleksjoner som fant sted cirka to og tre måneder etter siste nettverksmøte.

Likeledes refererer jeg til teroetikere underveis i prosessen for å sammenligne deres teori med de erfaringer vi selv fikk i møtene. Erfaringene vi fikk, skulle vise oss veien videre til neste nettverksmøte.

6.2 Aksjonsforskningsprosessen foregikk i en syklus i fire trinn

1. trinn - Planlegging (se fig 1 under)

Før hvert nettverksmøte var det en nøye organisatorisk planlegging. Dette handlet om kommunikasjon og informasjon innad i DPS til de personene som ble direkte berørt av at ny praksis var under utprøving. I tillegg var det krav om dokumentasjon i DIPS³. Ann utarbeidet en enkel rutinebeskrivelse og fraser over vår aktivitet i forbindelse med utprøving av ny praksis. På allmennpoliklinikken ble det fortløpende avtalt hvem av behandlerne som kunne delta i det aktuelle nettverksmøtet. Hele denne biten var det Ann som stod for.

Utvalg av pasienter til prosjektet:

- Fortløpende valgte vi ut de henvisningene som nylig var mottatt og der pasienten var blitt vurdert til å ha rett til utredning
- Vi forsøkte å plukke ut de henvisningene der det var beskrevet psykososiale problemer med eksistensielle utfordringer.

³ DIPS er det elektroniske informasjons og – pasientsystem DPS og sykehuset for øvrig, benytter i sin kliniske virksomhet.

- Jeg ringte pasienten for en samtale. Her informerte jeg om prosjektet, hørte om hun/han kunne være interessert i en samtale på fastlegens kontor der også en viktig person fra hans/hennes nettverk kunne være med. Vi snakket om hvem den «viktige» personen kunne være og at de nærmeste pårørende ofte blir berørt av at en i familien eller nær venn/kollega sliter psykisk. Jeg var nøye med å vektlegge at vedkommende hadde fått rett til utredning og at hensikten med prosjektet var å undersøke om DPS var rette hjelpeinstans. Jeg informerte om at samtalen på fastlegens kontor ville bli gjennomført som et nettverksmøte. Pasienten ble også informert om at det i møtet ville delta tre personer fra DPS med ulike roller. Pasientene ga oss samtykke til å kontakte fastlege for å avtale tid for nettverksmøte.
- Aktuell fastlege ble kontaktet på telefon der jeg informerte om samtalen med pasienten og om nettverksmøtet. Alle de fastlegene jeg snakket med i telefonen, var positive til et møte.
- Vi sendte brev til pasienten med kopi til fastlegen om dato og klokkeslett for nettverksmøtet. Vedlagt fulgte også et informert samtykke til pasienten og pårørende om prosjektet.

2. trinn - Handling og observasjon:

Gjennomføre nettverksmøtet på fastlegens kontor. Pasientene var inviterte til å ha med seg pårørende eller andre personer de mente var viktige for dem. Møtet ble ledet av meg mens Ann var co-leder. Vi startet med en presentasjon der alle fikk sagt hvem de var og hvilken rolle de hadde. Det ble gitt en kort informasjon om prosjektet.

Oppgaven til oss som møteledere var å skape trygghet slik at pasienten fikk fortalt hva som var viktigst for henne/ham. Deretter handlet det om å fremme dialog mellom deltakerne, forsøke å få alle perspektiver fram og høre alles stemmer før møtet kunne avsluttes. Midtveis i møtet reflekterte Ann, behandler og jeg over det vi hadde hørt og om hva som hadde berørt oss. Før møtet ble avsluttet hadde vi en felles forståelse av situasjonen og av hva det videre forløpet skulle bli.

I etterkant av hvert nettverksmøte utfylte alle deltakerne FIT - skjemaet GSRS med en påfølgende kort samtale om den tilbakemeldingen de hadde gitt.

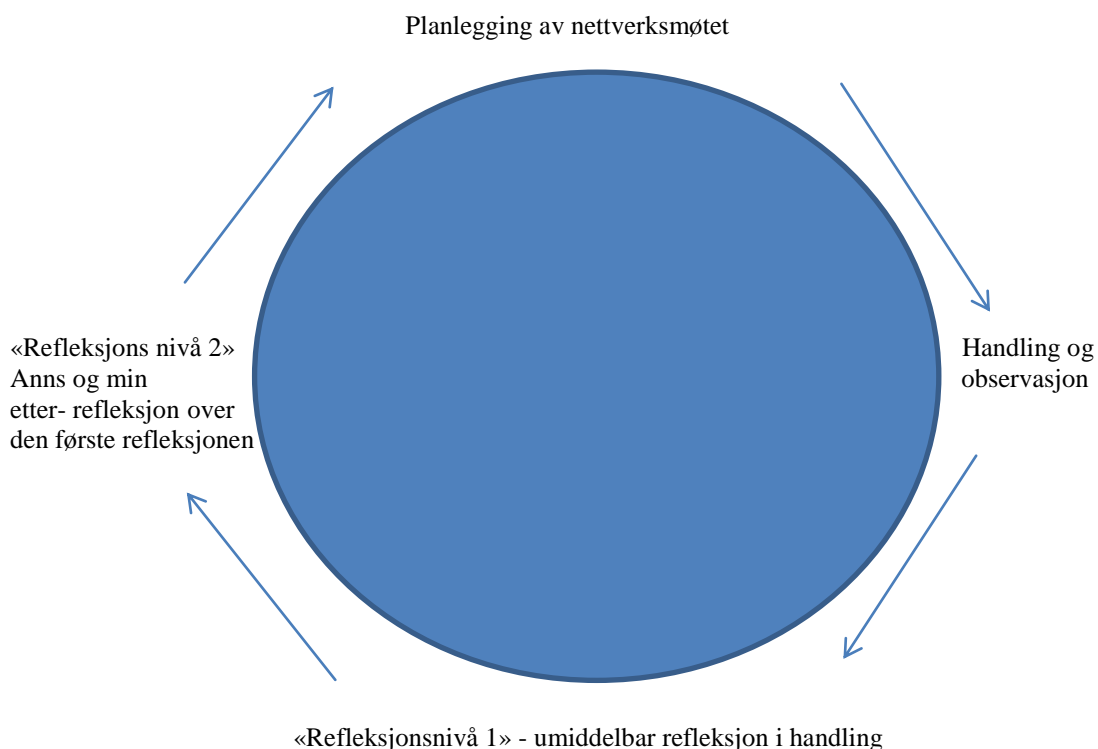
3. trinn - «Refleksjonsnivå 1» Umiddelbare refleksjoner:

Umiddelbart etter hvert møte reflekterte vi over våre observasjoner. Hva var det vi hadde lagt merke til? Hva hadde vi sett? Og hva hadde vi hørt? Hva hadde vi kjent i kroppen? Og hva var det vi ble opptatte av i forhold til prosjektets formål. Hva hadde vi lært? Og hva ville vi ta med oss videre til neste møte? I aksjonsforskning er vi hele tiden underveis og lærer fortløpende..

4. trinn - «Refleksjonsnivå 2»

Ann's og min etter-refleksjon over den første refleksjonen. Etter en stund leste vi transkriberingene hver for oss, gjorde oss opp noen tanker før vi igjen hadde møte og reflekterte over våre første umiddelbare refleksjoner.

Fig. 1 – Aksjonene i syklusrunde i 4 trinn



En av utfordringene jeg så, var å flytte fokus fra en kompleks lineær prosess til en prosess med et systemisk og dialogisk perspektiv i første samtale med den som hadde fått et tilbud om utredning og behandling på DPS.

6.3 Første nettverksmøte –med Per og moren på fastlegens kontor

Forberedelse –Nettverksmøte med Per

Det første jeg gjorde var å ringe til Per. Vi hadde en lengre samtale der han fortalte om sin situasjon og om hva som plaget ham. Her fikk jeg anledning til å fortelle om prosjektet og om hensikten med et nettverksmøte. Med en gang var Per positiv til å møtes på denne måten og sa at han ville ta med sin mor. Han samtykket også til at jeg kunne kontakte fastlegen. Samme dag fikk jeg tak i fastlegen, han var positiv til nettverksmøtet og til at møtet skulle være på hans kontor. Vi avtalte dato for møtet.

Som avtalt sendte jeg brev til Per med kopi til fastlegen. Ann ordnet med alle de formelle tingene og med dokumentasjonen i DIPS. Vi organiserte oss ved at jeg skulle lede møtet og Ann være reflektør. Behandleren var deltaker i møtet på lik linje med Per, moren og fastlegen. Mitt ansvar var også å informere om prosjektet og høre om noen hadde noen betenkeligheter til at vi var så mange tilstede i møtet. Informert samtykke ble ordnet (vedlegg 3).

Handling – Nettverksmøtet på fastlegens kontor

Ved dette møtet deltok fastlegen, Per, moren, Lene (behandler), Ann og jeg. Vi ble klar over at det ikke var fastlegen som hadde henvist Per, men en vikar. At fastlegen ikke kjente Per særlig godt, fikk jeg også inntrykk av. Det var jeg som skulle lede møtet, ta initiativ til presentasjonsrunden og fortelle om prosjektet. Det var også jeg som skulle åpne møtet og forsøke skape trygghet og rom for dialogen. Ann hadde rollen som co-leder og reflektør.

Å skape trygghet i rommet ble mitt første tanke. Dette gjorde jeg ved å bruke vanlige ord og å gjenta det Per sa for å få hans umiddelbare tanker og følelser frem i møtet. Per fikk spørsmål om han kunne huske hva han tenkte da han fikk telefonen fra meg. Det husket han godt, og han fortalte at han følte at han ikke hadde noe å miste ved å takka ja til tilbudet. Han sa han syntes det var fint at mor kunne få bli med. Per fortalte åpent om sin situasjon, godt supplert av moren. Som jeg oppfattet det, ble moren berørt på en eller annen måte idet stemmen hennes skalv og hun fikk blanke øyne. I følge Seikkula, Rober & Seltzer (2013) er det terapeutens oppgave å skape trygghet i terapirommet uavhengig om det er en eller flere

tilstede. I tillegg kreves det en årvåkenhet og en dialogisk holdning samt et repertoar av ulike kunnskap hos terapeuten når hun/han inviterer den Andre inn i samtalen. Det Per fortalte, gjorde inntrykk på meg, og jeg fikk indre dialoger som handlet om hvordan det måtte være å leve med en slik belastning som det han fortalte oss om. Jeg undret meg over hvem Per ellers hadde i sitt nettverk som ikke var med i møtet. At han snart skulle bli pappa, visste jeg jo. Etter mitt inntrykk fløt samtalen fint, alle bidro på sin måte. Den eneste som var stille, var fastlegen. Når Per eksempelvis kom med en ytring, kunne jeg respondere ved å spørre om han kunne si litt mer om det han nettopp hadde fortalt, eller jeg kunne spørre moren hvordan hun så på det sønnen fortalte om. Inn imellom var det pauser der ingen sa noe. Her kunne jeg merke at deltakerne ble litt urolige på stolene før noen igjen begynte å si noe. På samme måte kunne jeg spørre Lene eller fastlegen om hva de var blitt opptatte av i forhold til det som ble fortalt. På denne måten ble alle deltakerne med i dialogen rundt bordet. Den årvåkenheten og det repertoaret det vises til, kan i følge Helge Svare (2008) forstås ved at jeg som møteleder må være meg bevisst hvilke følelser som rører seg hos pasienten og hos de andre deltakerne i øyeblikket. Dette kan for eksempel være: Hvem er det pasienten bringer med inn i samtalen (fra sine indre dialoger)? Hvorfor ser pasienten hele tiden ned når han snakker eller er nølende? Hva kan være årsaken til at fastlegen er taus? Sitter han og tenker? Er han nervøs, såret eller lei seg? Jeg merket meg at en annen deltaker satt urolig i stolen, var det noe jeg sa, eller noe en annen sa, som vakte denne reaksjonen?

På slutten av møtet fylte alle ut GSRs-skjemaet, og vi hadde en kort samtale om de skår hver enkel hadde satt. Fastlegen sa at han likte godt møteformen og at han hadde tro på at slike møter ville bedre samhandlingen mellom DPS og fastlegen. Mor sa at det var godt å bli inkludert i hva som skjedde rundt Per.

«Refleksjonsnivå 1» - Observasjon / Umiddelbare refleksjoner etter Pers nettverksmøte

Etter nettverksmøtet satte vi oss sammen, Lene, Ann og jeg for å reflektere over det vi først var blitt opptatte av. Vi ble slått av flere ting:

1. For det første hvor annerledes denne samtalen var i forhold til en vanlig en-til-en samtale. Det at der var flere tilstede i samtalen, utvidet dialogen slik at mangfoldet kom fram, og dermed fikk vi en bedre forståelse av Pers situasjon.
2. For det andre opplevde vi at samtalen føltes mer fri. Vi hadde ingen bestemt agenda eller ble opptatte av diagnostikk. En diagnostisk samtale bærer preg av at pasienten intervjues om symptomer og da gjerne i et språk som er annerledes enn

hverdagsspråket. I en diagnostisk samtale er behandleren mer opptatt av å kartlegge hva som feiler pasienten enn å legge til rette for dialogen hvor alle som er tilstede, kan delta.

Ann's første kommentar: *«Ja ... det slår meg altså hvor forskjellig disse møtene blir avhengig av de som kommer og hva og hvorfor pasienten er henvist ...».*

Slik jeg forstod det Ann sa, var at det formen på nettverksmøtene som gjorde denne forskjellen. – I møtet med Per hadde vi ikke annet mål med samtalen enn å høre hvilke behov for hjelp han hadde og å høre hver deltakers tanker om det som ble sagt. Samtalen i nettverksmøtet dreide seg altså om å få Per og hans mor, fastlegen og behandler i dialog om det Per ønsket å snakke om. – Gjennom dialogen kunne vi få en økt innsikt og forståelse for om DPS hadde rett kompetanse til å hjelpe Per med det han sa han trengte hjelp til eller om det var andre aktører som ville passet bedre.

Dette var en ganske annerledes måte å møtes på enn den klassiske en-til-en samtalen mellom pasient og behandler på DPS. Her var det ingen innøvde fraser eller andre manualer å følge. I følge Svare (2006) kan det å begi seg ut i dialogens åpne og omskiftelige landskap, by på mange slags erfaringer. Det gjør inntrykk å se hvordan dialogen gir dem som deltar, styrke og inspirasjon.

Der det er flere tilstede i samtalen som i et nettverksmøte, kommer flere perspektiver frem. Mors forståelse av situasjonen, og dialogen som oppstod mellom deltakerne på bakgrunn av hennes ytring, bidro til at historien ble utvidet. Vi hørte deres ord og så deres nonverbale språk, og vi fikk et innblikk i deres situasjon. Vi fornemmet de relasjonelle båndene mellom mor og sønn, og vi hørte om den konteksten Per levde i til daglig, hva han jobbet med, hvem han var sammen med og endelig også om de plagene han hadde.

Ann: så... men jeg tenker det var fint med et nettverksmøte ... litt som du sa der inne Lene, du får jo mer, og du får flere på lag på et vis da ...

Lene: Ja kjempebra start

Ann: selv om ikke vi får snudd alle steiner, vi får ikke stilt alle de spørsmålene vi pleier.

Her viste Ann til at ved vanlige førstegangssamtaler på poliklinikken, er det en rekke krav til hva en førstegangssamtale skal inneholde som å inkludere vurdering av voldsrisiko, suicidalitet, rusmisbruk og om vedkommende har barn. I tillegg er det en rekke skjemaer med

obligatoriske spørsmål som behandler kan ta i bruk i forbindelse med utredningen. Ann og Lene opplevde at de fikk så mye mer informasjon fra Per og moren i nettverksmøtet som de ellers ikke ville ha fått svar på. Lene ga uttrykk for at hun gjennom samtalen fikk et helhetlig bilde av hva Per slet med og hvilke støttespillere han hadde i sitt nettverk. Ann refererte til Lene som sa at det handler om å «ha flere på lag». Slik jeg forstod den følelse Lene satte ord på her, handlet det om at man som behandler ikke trenger å stå alene med ansvaret om å gi hjelp, men at alle som er tilstede i et nettverksmøte, deltar og bistår ut i fra sitt ståsted.

Ann ble opptatt av måten jeg stilte spørsmål på i nettverksmøtet, spørsmål som inviterte til dialog og bevegelse og ikke fordi vi eksplisitt skulle innhente flere opplysninger.

Ann: Jeg synes det var så fin måte du stilte spørsmål på, ... jeg prøvde meg liksom først på, finnes det andre måter å tenke om dette på, ikke sant – liksom rett på, mens du tok denne... sånn en veldig fin tilnærming, synes jeg med: Er det noen minutter inn imellom hvor du ikke tenker på dette (latter) ... Da var han jo med

Ulla: ja, han var det, og han sa jo også at i går hadde dagen faktisk ikke vært så verst.

Denne korte sekvensen førte til en utvidelse av historien og dialogen mellom alle som var tilstede. Pasienten begynte å fortelle fritt om hva han hadde gjort dagen før. Alle fikk dermed nye perspektiver og en ny innsikt.

Når vi fornemmer at en åpning eller bevegelse er på gang, er det viktig at vi som deltar som hjelpere, klarer å holde oss litt tilbake slik at den som sier noe, uforstyrret kan få snakke om det han er opptatt av. Hvis man er observant, kan man legge merke til at den personen som får muligheten til å snakke uforstyrret, gjerne stanser og begynner igjen som om det første forsøket ikke var bra nok. Personen leter etter den beste måten å uttrykke seg på og prøver å finne de beste ordene for å fortelle det han/hun ønsker å fortelle, den beste rytmen, det beste tempoet og så videre (Andersen, 2005). I ettertid tenker jeg på at Per her fikk tid og anledning til å kjenne etter hva han skulle svare før ordene kom.

I åpen dialog i nettverksmøtet er poenget å lytte oppmerksomt, akseptere den Andre og respondere på utsagn for å skape dialog (Seikkula & Arnkil, 2013, s.45). Behandlerens grunntanke må hele tiden være å følge fortellingen og være tilstede i ytringene som kommer,

gjærne ved å gjenta ord for ord for å forsikre seg om at det var det de virkelig mente eller ved å stille spørsmål for å utdype det pasienten sa. Slike samtaler gir pasienten mulighet til å finne flere ord – til å beskrive tøffe opplevelser som det kan være vanskelig å ordsette eller å snakke om. I følge Seikkula hevder Bakthin at «det bare er mulig å bli kjent med seg selv via andres blikk. Jeg kan kjenne meg selv bare gjennom responsen jeg får, sett med andres blikk» (2013, s.121).

«Refleksjonsnivå 2» - Anns og min etter-refleksjon over den første refleksjonen

Da Ann og jeg møttes for å snakke sammen om vår første refleksjon etter nettverksmøtet med Per, var det forskjellige ting vi var blitt opptatte av.

Begge hadde vi en følelse av at dialogen i nettverksmøtet hadde gitt oss en nyttig erfaring som vi kunne ta med oss videre. Samtalen hadde vært lett, og vi fikk et inntrykk av at deltakerne hadde følt seg ivaretatt. På forhånd hadde vi ikke planlagt hvordan samtalen skulle forløpe eller hva vi skulle snakke om, og vi hadde ingen manual å følge.

Et sentralt tema som vi begge ble slått av, var hvor annerledes denne samtalen var i forhold til en vanlig en-til-en førstegangssamtale hvor fokuset ofte er å finne ut av hva som feiler pasienten. Det at møtet ble gjennomført med flere tilstede og at alle hørte det samme og at ingen forbeholdte seg retten til å bli mer hørt enn andre, ble en viktig erfaring. For prosjektets første periode var det viktig med positive erfaringer.

I den umiddelbare refleksjonen var spesielt Ann opptatt av hvordan vi opplevde å skape bevegelse gjennom måten vi stilte spørsmålene våre på. Det handlet om hvordan vi lyttet til de ytringene som kom, og hvordan vi stilte spørsmålene som i neste omgang kunne oppleves som en respons på det pasienten nettopp hadde sagt.

Ann: « Noe av det jeg husker best, var jo måten du stilte spørsmål på som gjorde at Per, klarte å komme med mestringshistorien ... Jeg prøvde meg da med en sann: Når opplever du ikke å være engstelig for dette? et sådan unntaksspørsmål ... mens du stilte spørsmål, på en annen måte: - Er det noen minutter hvor du kjenner mer ro? Altså unntakene på den måten, og da kom det jo frem at han dagen før ikke hadde kjent seg så ille dårlig, sann at jeg lærte personlig veldig mye av måten å komme med spørsmål på»

Jeg er enig med Ann i at det her ble en reaksjon hos Per, han responderte umiddelbart på mitt spørsmål og begynte å fortelle om hendelsene fra dagen før. Slik jeg så det, var det nettopp denne reaksjonen fra Per som jeg vil beskrive som en *åpning*. Det ble en åpning for videre utforskning av hva Per hadde på hjertet (Andersen, 2005, Jensen, 2006).

Ulla: Spørsmålene vi stiller, er med på å utvide historiene, og alle som er tilstede vil høre de de samme svarene. Inntrykkene deltakerne får, tar de med seg videre..

Ann: Det jeg tenker da, er at det blir en intervensjon også. Så det er en måte å hjelpe både pasienten og de som er tilstede til en annen forståelse av det de opplever som vanskelig eller forstå seg selv på en annen måte av det som skjer. Mens når vi blir mest opptatte av å utrede og kartlegge, så er vi jo ute etter elendighetshistorien på en måte og symptomene, og det kan man jo si og mene mye om, men det er jo mye av det vi gjør når vi utreder.

Ulla: ... da tenker jeg at det stiller store krav til oss omkring måten vi stiller spørsmål på

Ann: Jeg er helt enig i det, og jeg prøvde jo på noe av det samme akkurat i dette tilfelle, men jeg lyktes ikke (litt latter). Jeg var ikke ute etter ... symptomene, men unntaket, men nådde ikke frem med måten jeg stilte spørsmål på, så det er jo sånn teknisk også ... hvordan få det til? ... Vi stiller spørsmål for å bevege en forståelse.

Ann og jeg reflekterte over hvorvidt bestemte spørsmål kan være med på å utvide historien, og om dette i neste omgang kan resultere i at pasienten og de han har invitert med seg inn i nettverksmøtet, føler seg møtt, får en ny felles erfaring og en ny forståelse av situasjonen.

Som jeg tidligere har vært inne på, er det krav knyttet til den første samtalen etter at pasienten har fått rett til utredning på DPS. Det er krav om rask utredning av pasienten og de symptomer han eller hun har, for å kunne stille rett diagnose. Som en hjelp i dette arbeidet er det utviklet manualer og kartleggingsskjemaer. Disse krav hadde vi ikke fokus på i nettverksmøtet.

Lene: og likevel så klarer man å innhente nok informasjon gjennom det til å kunne gjøre kliniske vurderinger

Ann og Lene reflekterte over hvorvidt spørsmål knyttet til kliniske vurderinger kan virke malplasserte i nettverksmøtet. Det er lovpålagte vurderinger som vi også må gjøre. Det er

vurderinger som omhandler voldsrisiko, suicidalitet, bruk av rusmidler og om pasienten har barn. I følge Lene gikk det fint an å gjøre disse lovpålagte kliniske vurderinger i nettverksmøtet. Vi må bruke vår fantasi og foreta vurderingen i løpet av samtalen når det passer inn, kan hende at man kommer inn på teamer der det faller seg naturlig å spørre om rusbruk, tristhet som kan føre til at man har hatt suicidale tanker eller å spørre til barn dersom vedkommende har barn eller bor sammen med barn.

Da vi hadde reflekterende team med behandlerne cirka 2 måneder etter nettverksmøtene, kom det fram flere tanker om de erfaringene behandlerne hadde fått i nettverksmøtene. Det handlet om erfaringer som gikk på at det i nettverksmøtet var mer fokus på å forstå hva eksempelvis Per stod i og mindre fokus på behandlerens behov for å innhente informasjon.

«Refleksjon med behandlergruppen»

Lene: jeg synes det var mer fokus på hva pasienten stod i, hva som var viktig for pasienten å få snakket om å formidle, mindre fokus på vurderinger... Det tror jeg er fint for pasienten.

Hanne: ja, hva ønsker pasienten å formidle. Hvilke behov var det vedkommende ønsker å uttrykke og ikke hvilke behov vi har for å innhente informasjon.

Lene: og likevel på en eller annen måte så klarer man å innhente nok informasjon gjennom det til å kunne gjøre kliniske vurderinger på en måte.

Lise: jeg tenkte at det som du sa med denne pasienten som først hadde vært så fornøyd hos deg, og så ikke så fornøyd over alle disse skjemaene. Det er jo et problem som vi alle har, alle disse skjemaene. Kanskje vi er for dårlige til å snakke med pasienten om hva det er pasienten står i, i den ordinære førstesamtalen her ..., kanskje vi er for kjappe med alle skjemaene våre?

Både Lene og Hanne har fått erfaring med nettverksmøte som et alternativ til første samtale med pasienten. Lise, som ikke hadde vært med på nettverksmøtene, men deltok som reflektør i denne samtalen, fikk tanker om at man i en ordinær førstegangssamtale, altså i en en-til-en samtale, kanskje er for kjappe med kartleggingsskjemaene og fremgangen i utredningen fremfor å være opptatte av hva pasienten har på hjertet.

Et siste moment jeg tok opp med Ann i denne refleksjonen, var den følelsen av ubehag jeg fikk i nettverksmøtet. Det var et ubehag jeg ikke klarte å sette ord på i den første umiddelbare refleksjonen. Etter en del fundering ble jeg klar over hvor ubehaget kom fra. Det handlet rett og slett om starten av nettverksmøtet hvor jeg skulle presentere prosjektet og hvor pasienten skulle underskrive informert samtykke. Jeg følte at pasienten kom i andre rekke; at vårt prosjekt var viktigere enn at pasienten fikk fortalt om sine plager.

Læringspoenger i prosessen etter første nettverksmøte:

- *Hvordan vi starter dialogen?* Jeg merket et ubehag som jeg ikke klarte å sette ord på med en gang, men som senere viste seg å være knyttet opp til det å presentere *mitt* prosjekt i den avmålte tiden Per hadde for å snakke om det han hadde tenkt seg å snakke om. Jeg kunne merke dilemmaet:
 - Som på den ene siden var lojaliteten til prosjektet. Vi var i gang med å prøve ut nettverksmøtet som en ny praksis for den første samtalen mellom Per og DPS. Det var viktig at vi sikret oss at Per, mor og fastlegen fikk informasjon om prosjektet og skrev under på informert samtykke.
 - På den andre siden er det viktig at den det gjelder, i dette tilfelle Per, får plass helt i starten av møtet til å fortelle hva han har på hjertet. I følge Lindseth (2011) må vi først være opptatte av å la den andres uttrykk gjøre inntrykk på oss før vi begynner å tenke på hva vi kan gjøre for personen eller hva vår ekspertise kan gjøre. Tom Andersen (2005) oppfordrer til at man helt i starten av et møte får kartlagt hvem som fant på at det skulle være et møte, og hva man har tenkt å bruke møtet til og på hvilken måte man kan tenke seg å snakke om det som er vanskelig.

Mitt dilemma tenker jeg handlet om at jeg var redd for å forspille Pers sjanse til å komme fram med det han hadde på hjertet; at min sak var viktigere enn hans sak. Vår for forståelse av hva et møte skal handle om, kan aktivere våre indre dialoger og ubevisst føre samtalen inn på et spor slik at jeg får de svar jeg er opptatt av. Jeg under meg over hvem sitt møte dette egentlig var, en undring jeg tar med meg videre.

På bakgrunn av det vi erfarte, valgte vi å endre på oppstarten av møtet. Vi valgte at Ann skulle fortelle om prosjektet og ta ansvaret for presentasjonsrunden mens jeg kunne konsentrere meg om å være tilstede for pasienten og legge til rette for dialogen.

- Forskjellene mellom en en-til-en samtale mellom behandler og pasient sammenlignet med dialogen i et nettverksmøte:
 - *Når mangfoldet viser seg og flere perspektiver kommer frem og ble en flerstemt dialog*
 - *Når samtalen føles friere og ikke bundet til en manual*
 - *Får mer informasjon i nettverksmøtet enn i en vanlig en-til-en samtale.*
 - *At kliniske vurderinger kan enkelt gjøres i nettverksmøtet, ble tydelig.*

Samtalen ble opplevd som en *friere samtale* uten preg av diagnostisk språk som kan fremmedgjøre og objektivere den Andre. Gjennom dialogen ble mangfoldet av stemmer presentert slik at alle fikk en forståelse av hva det var som var vanskelig for Per. I følge Seikkula & Arnkil (2007) er dette stemmer vi bærer med oss hele livet. Vi lever i et mangfold av stemmer som slås av og på. De gjør seg gjeldende samtidig, avhengig av om hva, hvor, hvordan og med hvem vi snakker med. På denne måten ble dette en *polyfoni* eller en *flerstemt dialog*. Det var slående når Ann og Lene reflekterte over den *informasjonen som kom til uttrykk i møtet*. Her tenker jeg på at vi ikke kun fikk informasjon om lidelsen og symptomene som Per beskrev, vi fikk en annen type *informasjon*, som stemningen i rommet mellom de som var tilstede på nettverksmøtet. De uttrykkene som kom (som ordene er en del av), og den samtidige handlingen (måten ordene ble uttrykk på) er viktig å merke seg, hevder Tom Andersen (2005). Jeg undret meg; er det dette Per Arne Holman (2018) framhever i sin artikkel når han sier at mennesker som blir henvist til spesialisthelsetjenesten, skal inn til en samtale før man kan avgjøre om vedkommende skal kunne tilbys hjelp på DPS. Han sier man skal møtes ansikt til ansikt. Møtes man ansikt til ansikt, åpnes muligheten for at møtet blir personlig. I følge Seikkula & Arnkil (2013) er kunnskapen man får i det personlige møte, uvurderlig og en forutsetning for at man kan få en økt forståelse av hva saken dreier seg om.

6.4 Andre nettverksmøte med Øyvind og samboer på fastlegens kontor

Forberedelse til Øyvinds nettverksmøte

I den umiddelbare refleksjonen etter første nettverksmøte med Per fikk Ann, Lene og jeg mulighet til å utforske det vi var blitt opptatte av. Vi reflekterte over de nye tanker vi hadde fått, og vi så hverandres reaksjoner når vi oppdaget at vi forstod et uttrykk forskjelligt. Dette førte til ettertanke, nysgjerrighet, nye spørsmål og ny forståelse av hvordan verden kan se ut fra et annet ståsted. I første nettverksmøte ble vi blant annet slått av at samtalen var annerledes når det var flere tilstede i møtet enn ved en en-til-en samtale. En annen opplevelse var at samtalen føltes friere. Det at der ikke på forhånd var en agenda for hva samtalen skulle omhandle, gjorde at alle kunne snakke om det som var viktig for dem der og da. Her kom jeg til å tenke på noe min søster skrev til meg i sommer etter en samtale mellom fire søstre:

«Så glad for at det ikke var et mål for samtalen i dag, ☺ hadde du hatt et mål, hadde jeg nok brukt min energi på å forsøke å «være flink» til å bistå i at dette målet ble nådd. Det at det ikke var et entydig mål, betydde for meg at jeg kunne tenke inne i meg selv rundt det vi snakket om; høre mine egne tanker og forsøke å sette ord på dem uten og tenke at dette var feil/ikke passet inn...

KH Margitt Rosengren 28.07.17

Som ved første nettverksmøte ringte jeg (pasienten) Øyvind, jeg presenterte prosjektet og forhørte meg om dette var noe han trodde han kunne tenke seg å være med på. Han svarte ja med en gang og sa han ville ta med sin samboer. Han samtykket i at vi kunne kontakte fastlegen for et snarlig møte. Jeg ringte fastlegen som med en gang fant tid til et møte. Han fortalte at han kjente Øyvind godt gjennom flere år, også hans familie.

Ann informerte behandlergruppen om dato for nettverksmøtet. De valgte ut Hanne som skulle bli behandler for Øyvind dersom han ønsket å fortsette i behandlingen på DPS.

Handling – Nettverksmøtet på fastlegens kontor

Ann hadde fortalt meg at sist hun var på allmennpoliklinikken, var det flere av behandlerne som etterspurte om det ikke snart ble flere nettverksmøter de kunne være med på. Dette oppmuntret meg. Så jeg kunne merke at jeg gledet meg til nettverksmøtet. Jeg registrerte også

at prosjektet og nettverksmøtene var noe man nå var begynt å snakke om på allmennpoliklinikken. Ann, Hanne og jeg møttes på fastlegekontoret. Vi hadde ikke hatt anledning til å reise sammen og derfor heller ikke rukket å snakke om det vi skulle være sammen om før vi plutselig satt i venteværelset til fastlegen. Møtet var i pauserommet til de ansatte. Etter at alle hadde funnet seg til rette, fått kaffe og fastlegen budt velkommen, startet Ann møtet.

Ann tok som avtalt ansvar for presentasjonsrunden og fortalte om prosjektet. Fastlegen fortalte at han var godt kjent med Øyvind og hans familie, men at det var første gang han hadde gleden av å treffe Øyvinds samboer. Mens Ann snakket, kunne jeg følge med, se på deltakerne og forsøke å «tune meg» inn på samtalen. Da det ble min tur, fortalte jeg om min rolle, dels som ansatt på Ahus, som mastergradsstudent og at det var jeg som kom til å lede den etterfølgende samtalen.

Alle deltok i samtalen. Spesielt var samboer aktiv og fortalte hvordan hun forstod situasjonen utfra sitt ståsted. Øyvind fortalte at til tross for at han følte seg nedfor, dro han på jobben hver dag. Han holdt fram at livet var blitt meningsfullt etter at han var blitt samboer og pappa. Han klarte å glede seg over datteren. Jeg forsøkte å få tak i hva det var som plaget Øyvind. Jeg forsøkte å få Øyvind til å si noe om hva som plaget ham, men fikk lite respons. Når jeg spurte direkte, meddelte han at *«det er det jeg prøver å finne ut av»*. Her merket jeg at samboeren tok ordet ved flere anledninger og svarte for ham. Underveis registrerte jeg at jeg hadde indre dialoger; dialoger som mest handlet om de historiene samboer brakte inn i samtalen for å beskrive at Øyvind trengte hjelp. Det handlet blant annet om forholdet dem imellom. Jeg valgte ikke å ta mine indre dialoger med i den åpne refleksjonen i møtet. Jeg var usikker på hva jeg skulle si, og samtidig lurte jeg på om de indre dialogene representerte min egen forforståelse av situasjonen om relasjonen dem imellom. I ettertid tenkte jeg på at mine indre dialoger påvirket min evne for tilstedeværelse i møtet og på måten jeg responderte på.

Midtveis i møtet reflekterte Ann, Hanne og jeg over det vi hadde hørt og blitt berørt av. Jeg fikk ikke noen følelse av at refleksjonen hadde tilført møtet noe nytt. I ettertid fikk jeg en tanke om at dette kanskje handlet om at vi ikke i tilstrekkelig grad snakket om det som Øyvind hadde fortalt. Fastlegen poengterte at han hadde henvist Øyvind for å få en avklaring på hva som feilte ham. Han sa også at han hadde fått en ny forståelse av hele situasjonen og at

stemmen til samboer var med på å utvide historien. Samboer på sin side var opptatt av at Øyvind skulle få behandling for det som plaget ham slik at de alle sammen kunne få det bra.

På slutten av møtet utfylte alle deltakerne GSRS skjemaet. Her sa samboer at det føltes utrygt ikke å skåre høyt på tilbakemeldingsskjemaet. Hun var redd for at Øyvind ikke skulle få videre hjelp på DPS, noe hun mente han trengte. Her fikk jeg en anledning til å minne om at vi ikke var ute etter høye skår, men ærlige svar. Øyvind som hadde vært litt stille, sa at han satt igjen med en følelse av ikke å komme til orde. På en måte ble denne siste delen av møtet den som gjorde mest inntrykk på meg.

«Refleksjonsnivå 1» - Observasjon / Umiddelbare refleksjoner

Etter nettverksmøtet satte vi oss sammen, Hanne (behandler), Ann og jeg for å snakke om det som vi hadde vært med på. Alle tre var vi opptatte av Pers situasjon og at han satt igjen med denne følelsen av å ikke komme til orde.

Men først var jeg opptatt av å høre hvordan Hanne hadde opplevd nettverksmøtet og hvilke tanker hun hadde fått. Jeg måtte minne meg på at vi var i gang med å prøve ut nettverksmøtet som ny praksis for første samtale med pasientene.. Av denne årsaken var det helt bevisst fra min side da jeg spurte Hanne hvordan det var for henne å være med på Øyvinds nettverksmøte. Dette var Hannes andre nettverksmøte i denne konteksten.

Ulla: ... du har vært med på to møter Hanne, og det med å møtes på denne måten, hvordan er dette for deg som behandler å være med på?

Hanne: jeg fikk mye mer informasjon i hvert fall, enn å bare møte Øyvind. Om jeg skulle møtt ham alene, så kan det hende at det hadde tatt lenger tid for jeg vet alt det jeg vet, bare fra dette ene møtet. Her tenker jeg på at jeg fikk snakket med pårørende med en gang. Hun fortalte jo veldig mye om ham, man får inntrykk av hvordan det er imellom dem hjemme. Jeg fikk også innsikt i hvordan han ser på jobben og mange andre ting som er rundt i livet da, som kanskje ikke er det første man spør til i innsamlingssamtalen på DPS.

Slik jeg forstod uttalelsen fra Hanne, var der flere aspekter her. For det første pekte hun på at hun fikk *mer informasjon* i nettverksmøtet der hun traff Øyvind sammen med både samboer og fastlegen. Denne informasjonen handlet om både de opplysninger som ble framsagt, men også om de opplysningene som ikke ble sagt, det være seg stemningen i rommet eller det

nonverbale språket mellom Øyvind og samboeren. Det kan være vanskelig eller nesten umulig å få tilsvarende informasjon i konteksten en-til-en samtale mellom behandler og Øyvind, som det her handler om. Det Hanne fremhever her kan sammenlignes med det Lene erfarte i nettverksmøtet til Per.

I den videre refleksjonen mellom Ann, Hanne og meg hadde vi fokus på det Øyvind sa helt sist i samtalen da vi skulle utfylle GSRS skjemaene, nemlig det at han ikke følte at han hadde fått sagt det han hadde på hjertet.

Ann: Øyvind sa jo at, han syns ikke han kom helt til orde

Hanne: tenkte faktisk på det litt underveis, at han kanskje fikk litt liten plass, ja

Ulla: mens hun fikk sagt ganske mye

Hanne: ja, det var det jeg tenkte på, så det var jo fint på en måte for det var jo informativt, mens han kanskje trengte litt mer tid for liksom å finne ordene, og da hjalp hun til. Så det var jo bra.

Til tross for at jeg underveis i møtet var oppmerksom på å lytte til hva Øyvind sa og hva hans stemme brakte inn i samtalen, ble det en nyttig erfaring da han til sist sa at han ikke følte at han kom til orde. Når jeg tenker på det Tom Andersen (1988 s.73) var så opptatt av, nemlig det å finne åpningene, kunne en åpning her ha vært å høre med Øyvind hva han tenkte om at både fastlegen og samboeren ville at han skulle få avklart hva det var han slet med? Var Øyvind enig med fastlegen og med samboeren? Videre kunne jeg spurt Øyvind hva han tenkte det var nyttig å snakke om i møtet. Jeg forsøkte følge opp noen av de utsagnene han kom med, men lyktes ikke med det.

Ann: Kan det være en forventning der om at vi skal spørre mer om det som er problematisk mens vi vel ofte har et ressursfokus i disse samtalene? Og det bryter nok med forventninger til hva en sånn samtale skal inneholde.

I refleksjonen kom det frem at vi ikke lyktes med å få skapt det nødvendige trygge rommet slik at pasienten fikk sagt hva han strevde med.

Hanne sa at Øyvind trengte mer tid til å finne sine egne ord. Kan det være en fallgrube når det er mange stemmer i rommet slik at stemmen til hovedpersonen blir stille? Hva var det som

gjorde at jeg ikke var tilstrekkelig oppmerksom på det Øyvind sa? Ble jeg så overveldet av intensiteten i fortellingen til samboer at jeg ikke lyttet til Øyvind?

Ann undret seg over om vi hadde for mye fokus på ressursene i stedet for å hjelpe Øyvind med å finne frem ordene i forhold til hva som var viktig for ham.

«Refleksjonsnivå 2» - Anns og min etterrefleksjon over den første refleksjonen

Da Ann og jeg satte oss sammen for å reflektere over den første refleksjonen, dukket nye temaer opp samtidig med at noen av temaene var sammenfallende med det vi hadde erfart i møtet med Per.

Ann fortalte at hun i ettertid hadde tenkt en del på dette nettverksmøtet. Hun hadde fundert en del over hvordan Øyvind, samboeren og fastlegen forstod plagene til Øyvind. I tillegg lurte hun på hvilke forventninger de hadde til hvordan man skulle hjelpe Øyvind? Ann lurte også på hvordan vi forstod det som ble sagt om plagene til Øyvind, hvordan vi responderte i nettverksmøtet og hvordan vår respons ble forstått.

Ann: Jeg har fundert litt over hvilke forventninger, altså hvilke forståelser legen, samboeren og Øyvind har av hva som er problemet? og hvilke forståelser har vi? Slik jeg forstod det, så har Øyvind og samboeren lyst til at det skulle skje noe med ham, i hvert fall opplevde jeg at samboeren hadde et ønske om at han på en måte måtte få behandling så han kunne forandre seg. Mens vi hadde jo noen andre ideer om at her var det flere som hadde et behov for hjelp og at utfordringen kanskje ligger i måten de kommuniserer på for eksempel?

Refleksjonen til Ann reiste flere spørsmål det hadde vært interessant å gå nærmere inn på for å forstå hva Øyvind slet med. Hadde vi hatt lengre tid og/eller flere nettverksmøter, kunne vi gått nærmere inn på de erfaringene hver enkelt satt med etter møtet. Alle gjør vi oss tanker i etterkant av en hendelse eller en opplevelse vi har vært med på. I følge Donald Schön (2013) vil erfaringene man får av en hendelse, kunne forstås på en annen måte når man får den litt på avstand. I et neste nettverksmøte kunne jeg spurt deltakerne om de hadde fått noen tanker i etterkant av møtet og invitert de til å fortelle om sine tanker. Da hadde alle hørt det samme. I tillegg kunne jeg spurt Øyvind og deltakerne om de kunne tenkt seg å høre om de tankene jeg fikk etter at vi sist hadde snakket sammen. Seikkula & Arnkil (2007) hevder at det er gjennom dialogen man får muligheten til å høre tankene til hver enkelt deltaker og dermed får

en felles forståelse av situasjonen. Vi hadde ikke denne muligheten i dette ene møtet, men Hanne kunne ta med seg erfaringene videre til oppfølgingssamtalen med Øyvind.

Et annet tema som kom i fokus, var hvordan vi kunne forstå det at Øyvind ikke hadde følt at han kom til orde i samtalen. Ann undret seg over om dette kom av at vi hadde for mye fokus på ressursene i stedet for å hjelpe Øyvind med å finne frem ordene i forhold til hva som var viktig for ham.

Til tross for at fastlegen hadde kjent Øyvind og familien hans gjennom flere år, så var nettverksmøtet med å utvide historien slik at han fikk en større forståelse for hva pasienten stod i.

Vi ble opptatt av hvordan samspillet mellom *indre dialoger og ytre dialoger kan påvirke hvordan man responderer*. Kan det tenkes at stemmen til samboeren ble så dominerende at det var den som aktiverte mine indre dialoger slik at Øyvind sin stemme ikke ble hørt?

«Refleksjons med fastlegene»

Ulla: Hadde du møtt samboeren før?

Fastlegen: Nei, aldri, dette var første gang

Ulla: tenker du at den her måten å møtes på kan være med på å åpne opp historiene?

Fastlegen: Absolutt, det var også positivt, at han....han fikk enda mer kort fram på bordet..., synes jeg..., og det skyltes nok ikke minst henne. For han har jo egentlig, en sånn litt mer lukket måte, og du må liksom hale det du av ham.

Her sa fastlegen: «han fikk enda mer kort fram på bordet» enn hva som var vanlig. Denne uttalelsen forstår jeg på den måten at Øyvind hadde sagt mer i nettverksmøtet enn hva som er vanlig når han og fastlegen snakker sammen.

Til tross for at Øyvind ble oppfattet som stille i samtalen, hadde han etter fastlegens kjennskap sagt mer enn hva som var vanlig. I følge Seikkula (2007, s. 83) er det viktig at personer som deltar i samtalen, er personlig engasjerte i saken – enten som en del av klientens hverdagsliv eller gjennom profesjonelle tiltak. De kan ikke erstattes av hvem som helst ettersom det å bygge opp gjensidig forståelse, forutsetter deltakelse av personer som er kjent med saken.

Det gjorde inntrykk på meg da Øyvind helt til slutt i møtet sa at han ikke følte at han ikke kom til orde. Dette minner meg om Tom Andersen som sier:

Noget, som hjelper en til at se signalene, er at man går langsomt frem, når man taler med andre, dvs, går så langsomt frem, at de har tid til at vise os deres reaksjoner, og at vi har tid til at legge merke til dem (2005, s. 29).

Det kan altså *ta tid* å finne frem til de rette ordene når man skal fortelle hva man har på hjertet. Vi hadde ikke den tiden som Tom Andersen her fremhever fordi uttalelsen ble fremsagt helt på slutten av møtet. I ettertid tenker jeg at Hanne vil få mulighet til å utforske nettopp dette pasienten sa, sammen med ham i oppfølgingssamtale hos henne.

Ulla: det at Hanne sa at kanskje han skulle ha hjelp med ordene. Vi skal bistå med å få ordene fram, og da spiller tiden en vesentlig rolle, altså hvis vi ikke har tid til å lytte til de ordene han faktisk sier, for det kan være at han faktisk har forsøkt å si det...

Ulla: og, inne i hans hode virker hans budskap kanskje soleklart, men det er ikke sikkert vi forstår det.

Umiddelbart ble jeg berørt da jeg tenkte på at Øyvind følte at han ikke ble hørt i samtalen, og på hvor vondt det må være å sitte igjen med en følelse av at det jeg forsøkte å si, ikke ble lagt merke til og ikke ble hørt. I følge Wifstad (2013) er det viktig å føle seg trygg for å våge seg fram med sitt budskap. «Man kan bare gi seg til kjenne som person dersom den man snakker med, hører etter» (Wifstad, 2013, s. 90).

I artiklene «*Når man blir syk på livets vei*» skriver Anders Lindseth (2011) om å bevege seg på ulike nivåer for å kunne være åpen og tilstede for den Andre i samtalerommet. Vi må skape et oppmerksomhetsrom der vi lar den Andres uttrykk gjøre inntrykk på oss, vi må først la oss berøre og bevege slik at den Andre får begynne der han er. Da jeg spurte Øyvind hva som plaget ham, sa han: «*det er jo det jeg prøver å finne ut av*». Øyvind våget seg frem og sa at han ikke visste, et uttrykk som ikke ble respondert på. Uteblivelse av respons kan medføre en vanskelig følelsesmessig opplevelse. Seikkula & Arnkil (2007, s. 88) refererer til Bakthin som hever det at : «(for) ordet (og dermed også for et menneske) er det ikke noe som er verre enn manglende respons (eller svar).”

Læringspoeng i prosessen etter andre nettverksmøte

- *Der samspillet mellom de indre og ytre dialoger* spiller inn og responsen uteblir, kan dette innvirke på hvilken historie som blir fortalt. Seikkula (2012) er opptatt av forholdet mellom de indre og ytre dialogene og om hvem som er tilstede i disse. Slik jeg forstår Seikkula, tenker jeg at der de ytre dialogene er aktive med andre, stimuleres de indre dialogene og får liv. Jeg tenker det er et viktig poeng å være bevisst hvilke ytre dialoger som stimulerer de indre dialogene.
- «*Tuning inn*», eller som Schulman (2016) - å "stille seg inn» - krever oppmerksomhet i øyeblikket fra den som leder samtalen.
- *Tid er et viktig aspekt her*. Noen samtaler trenger lengre tid til å modnes. Både Øyvind og vi som ellers deltar i samtalen, trenger tid til å reflektere over de erfaringene vi fikk i første møte.

I alle dialoger vi deltar i, påvirkes våre ytre dialoger; de som andre kan høre av de indre dialogene; de dialoger vi kun selv hører, i mye større grad enn det vi vanligvis snakker om. Eksempelvis ble jeg selv opptatt av fortellingen til pårørende i dette nettverksmøtet. Dette medførte indre dialoger hos meg, som jeg tenker kan ha vært avgjørende for hvordan jeg klarte å responde eller ikke klarte å respondere.

Hvordan vi responderer og bevisstheten om hva som bestemmer hva vi responderer på, ble viktige elementer for oss i det videre arbeidet.

I ettertid har jeg også tenkt på hva det var som gjorde at jeg ikke klarte å fange opp de invitasjonene Øyvind kom fram med i løpet av samtalen. Shulman (2016) er opptatt av det han kaller for forberedelsesfasen, altså fasen før man møter pasienten. Han bruker begrepet «å stille seg inn» - («tuning in»). Med dette mener han at vi må forsøke å leve oss inn i mulige følelser og problemer som pasienten kan bringe med inn i møtet. Jeg undrer meg over om jeg i tilstrekkelig grad forsøkte å leve meg inn i de mulige følelser og problemer Øyvind kunne ha eller om jeg var mer opptatt av de andre deltakerne i møtet og av selve settingen.

6.5 Tredje nettverksmøte med Helge

Forberedelse – til nettverksmøtet med Helge

I første nettverksmøte ble vi slått av hvor annerledes samtalen føltes når flere var tilstede. Vi opplevde at samtalen ble friere og bar lite preg av et diagnostiserende språk. I andre

nettverksmøte så vi også at det kom frem ulike perspektiver når flere var tilstede i samtalen. Både behandleren Hanne og fastlegen bemerket på hver sin måte at historien ble utvidet når flere stemmer deltok. Dette til tross for at fastlegen kjente til både Øyvind og familien hans gjennom flere år. Det gjorde et stort inntrykk på oss da Øyvind på slutten av møtet sa at han ikke var kommet til orde. Her ble vi bevisst på hvordan indre og ytre dialoger kan påvirke hverandre og dermed være avgjørende for hva vi som leder møtet, velger å respondere på. Likeledes erfarte vi at vi *må* være klar til å leve oss inn i hva eksempelvis Øyvind ønsket å bringe inn i samtalen ved «tuning in» slik Shulman fremhever (2016).

Da jeg ringte pasienten Helge, takket han ja til å ha nettverksmøte med en gang. Han samtykket også i at vi kunne ringe fastlegen for å avtale tid for møtet. Han fortalte at han ikke kjente sin fastlege så godt og at det var usikkert om han fikk noen fra sitt private nettverk med i samtalen. Fastlegen var også positiv til et møte. Vi avtalte dato, og brev ble sendt ut. Likeledes fikk behandler beskjed om tid og sted. Denne gangen var det behandler Sanne som plutselig stod på venterommet til fastlegen. Vi rakk ikke å snakke noe sammen før fastlegen hentet oss inn. Jeg hadde kun flyktig hilst på Sanne tidligere. Jeg var alltid spent på hvilken behandler som skulle delta på møtet og hva vedkommende ville synes om nettverksmøtet.

Handling – Nettverksmøtet på fastlegens kontor

Det var Helge, fastlegen, behandler Sanne, Ann og jeg som deltok i samtalen.

På forhånd hadde Helge varslet om at han kanskje ikke hadde med seg pårørende i samtalen, noe han altså ikke hadde. Dette betydde at vi var tre fra DPS, fastlegen og så Helge. Det at Helge ikke kjente fastlegen noe særlig, betydde at det ikke var noen tilstede i samtalen som kjente ham personlig og dermed kunne bidra med unik støtte på bakgrunn av en personlig relasjon. Dette krevde en mer årvåken tilstedeværelse fra min side i forhold til å skape trygghet i rommet og til å «å stille seg inn» på hva Helge ønsket å bringe inn i samtalen. I tillegg var jeg oppsatt på å være meg bevisst mine indre dialoger og hvordan de ville påvirke den ytre og hørbare dialogen og min responsivitet.

Det var Ann som tok seg av presentasjonen og informerte om prosjektet mens jeg var i lyttende posisjon.

Dialogen kom raskt i gang mellom Sanne, Helge, Ann og jeg mens fastlegen var mer stille. Det virket på meg som om Helge hadde et klart mål med samtalen. Han ønsket hjelp til å komme videre i livet. Han fortalte at han kunne tenke seg å ta opp noen fag. Han signaliserte

at han hadde fremtidsdrømmer. Litt ut i samtalen kom Ann inn på et av disse kliniske spørsmålene som DPS er pålagt å utrede i første samtale. Hun spurte Helge om hans forhold til rusmidler. Helge medga at han hadde prøvd rusmidler og at han røykte marihuana. Da han ble spurt om omfanget, unnlot han å svare på spørsmålet. Jeg kunne merke at Helge var godt informert om hjelpeapparatets meldeplikt til fylkesmannen der det er rimelig grunn til å tro at rusmidler er en betydelig del av helhetsbildet. Jeg registrerte at det på dette tidspunktet i samtalen ble en annerledes stemning i rommet. På den ene siden opplevde jeg at Sanne og Ann bare ble opptatt av å komme til bunns i omfanget av Helges rusbruk mens han på den andre siden ikke ville snakke om dette. Slik jeg husker det, sa han på et tidspunkt: *«jeg føler at vi har snakket mer om det uartige jeg gjør... i stedet for det jeg egentlig har vanskeligheter med»*. Jeg husker jeg kjente et visst ubehag. Dialogen stoppet på en måte opp og forandret seg til å bli en samtale med et monologisk preg. Ubegagat jeg følte, hadde å gjøre med at jeg kjente på et dilemma der jeg på den ene siden var enig med Helge i at samtalen hadde hengt seg opp i det han omtalte som at *«vi snakket mer om det uartige jeg gjør - i stedet det jeg egentlig har vanskeligheter med»*. På den andre siden følte jeg solidaritet med det Sanne og Ann sa. Jeg ble usikker på hvordan vi kunne komme videre i dialogen.

Alle mennesker har en forforståelse til andre mennesker vi møter på livets vei. På samme måte hadde også Helge sin forforståelse og sine tanker om hvem vi var, disse personene han skulle i møte med. Hvilke mennesker var det han kom til å møte? og om mulig åpne seg overfor? Ville det bli kjemi? Disse spørsmålene henspeilet oppmerksomheten i forhold til hvorvidt Helge hadde erfaringer med hjelpeapparatet fra før. Negative erfaringer kan medføre ambivalens i forhold til å gå inn i en ny relasjon der man igjen skal åpne seg om det som for pasienten kan oppleves som vanskelig å snakke om (Shulman, 2016).

Midtveis i samtalen foreslo jeg en refleksjon mellom Sanne, Ann og meg. Her var det jeg som startet refleksjonen med å sette ord på det jeg hadde hørt Helge hadde fortalt i samtalen, som ikke omhandlet rusbruken, men om hans ønsker og fremtidsdrømmer. Vi oppdaget at dette innspillet fra Helge hadde fått lite oppmerksomhet. Vi snakket om at Helge kunne tenke seg å ta opp fag for komme videre i livet, men at vi også hadde hørt at han trengte å få bearbeidet det han slet med psykisk. Til sist kom vi innom det dilemmaet Sanne og Ann opplevde å stå i da de på den ene siden pliktet å undersøke omfanget av rusbruken, og på den andre siden om hvordan en slik utredning kunne forstyrre relasjonen mellom Helge og dem. På dette tidspunkt kjente jeg at jeg ble berørt av situasjonen. I ettertid tenker jeg at min berørthet handlet om to ting, for det første en lettelse over vår refleksjon der vi brukte tid på å snakke om

det Helge så vidt hadde beskrevet om sine ønsker for fremtiden og den lengsel han kanskje hadde etter å få snakket med noen om noe viktig. For det andre kjente jeg også på en god følelse over at Ann og Sanne så åpent klarte å reflektere over dilemmaet behandlere kan stå i når de eksempelvis må kartlegge rusbruken.

Fastlegen virket til å være litt bakoverlent. På slutten av møtet uttalte han at han ikke helt forstod hensikten med å møtes på denne måten og mente at denne type intervensjon krevde mye tid.

Her berører fastlegen et ømt, men viktig tema. På den ene siden kan det ta tid for en pasient å finne frem de viktige ordene som kan beskrive hva han trenger hjelp til, slik vi opplevde med Øyvind. Tom Andersen sier det slik (2005, s.35): «Når vi deltager i «samtalebehandling», burde vi sannsynligvis hele tiden spørre os selv: er den samtale, jeg har med den her person tilstrekkelig langsom til, at den anden og jeg har tid nok til vore «indre» samtaler?» På den andre siden er der systemets krav til effektivitet og til å opprettholde kravet til konsultasjonstallene. Systemer er opptatte av den avmålte tiden en konsultasjon er ment å vare. Behandlere i spesialisthelsetjenestene, fastleger og ansatte i kommunehelsetjenesten har hele tiden et økende press på seg for å kunne tilby flest mulige pasienter behandling. Den avmålte tiden en samtale er ment å vare, er avhengig av hvor du jobber. – Tiden er et ømt punkt, et punkt som skaper dilemmaer hos fastleger så vel som hos behandlere i spesialisthelsetjenesten.

Helt til slutt i møtet utfylte pasienten, fastlegen og Sanne GSRS skjemaet for å gi tilbakemelding på hvordan de hadde opplevd møtet. Her sa fastlegen at han syntes det var veldig rart når vi hadde vår åpne refleksjon i møtet mens pasient og fastlege var i lytteposisjon. Han mente at det var unødvendig å holde pasienten utenfor. Pasienten sa slik jeg husker det, at han syntes at denne delen av møtet der vi reflekterte, var den beste og viktigste delen av møtet. Pasienten sa han opplevde å få nye perspektiver på sin egen situasjon, noe som gjorde at han skåret høyt på GSRS skjemaets 3. punkt. I punkt 3 skårer man i forhold til hvordan det opplevdes å møtes på denne måten i et nettverksmøte.

«Refleksjonsnivå 1» - Umiddelbar refleksjon etter Helges sitt nettverksmøte

Etter nettverksmøtet satte vi oss sammen, Sanne, Ann og jeg for å snakke om det vi hadde vært med på. Alle tre ble vi berørte av samtalen på ulike måter:

For det første gjorde det inntrykk at Helge møtte oss fra DPS alene sammen med en fastlege han ikke hadde noe personlig forhold til. I forrige nettverksmøte var vi opptatt av at den/de som har en personlig relasjon til pasienten har et unikt kjennskap til «hvor skoen kan trykke» og dermed kunne være en støtte for pasienten. I dette nettverksmøtet opplevde vi at Helge på en måte stod ganske alene om å presentere sine behov for hjelp. Sanne begynte vår refleksjon slik:

Sanne: det virket som om det gikk litt opp og ned i samtalen. Jeg fikk inntrykk av en sårbar ung mann, han klarte å si noe om det. Jeg fikk følelsen av at vi var mange mot han ..., og jeg synes det var så fint når du da sa at han synes å tørre ting; det å gjøre ting og så bruke det på en måte, bare det å komme på første timen.

Her opplevde jeg at Sanne berømmet pasienten. Hun understreket at Helge hadde turt å møte oss, at han klarte å vise sine følelser og ”stå i det” til tross for at vi var mange til stede i samtalen fra DPS.

Ann: hmm..., ja, det som slår meg som har vært med på flere møter, er hvor forskjellige de blir

Ann: veldig ulike... det handler sikkert om mange ting det, både om pårørende som er med, som ikke var med nå

Jeg tenkte på hvordan møtet hadde utviklet seg om Helge hadde hatt en pårørende med seg i møtet, en person som hadde hatt et personlig kjennskap til ham og dermed kunne bidratt inn i dialogen og til å utvide historien. Helge sa at han ikke hadde tatt moren sin med fordi han tenkte at han ikke trengte det.

Sanne: det jeg opplevde i møtet med han, kan jeg oppleve i individualsamtaler også. Med en gang du kommer inn på rus, så blir det en avstand og en skepsis ... kanskje mistillit og kanskje også med god grunn

Ann: Men... jeg fikk særlig i starten veldig lyst til å gi denne unge mannen hjelp. Jeg lurte på om rusproblemet er det primære problemet? For det er kanskje litt større enn det som kommer frem. Denne mannen har tydelig vært mye i kontakt med rus

Ann: Sett mye innenfor rus...

Her fremhevet Sanne erfaringer hun hadde hatt tidligere. Når hun nevner rus i en samtale med pasientene, kan det oppleves som at det blir en avstand og en skepsis, kanskje til og med

mistillit fra pasientens side. På samme måten som Sanne har også Helge sine erfaringer med seg fra tidligere. Når han vegrer seg om å fortelle omfanget av rusbruken, kan dette henge sammen med de tidligere erfaringene og om hvorvidt han har tillit til oss som deltar i møtet eller ei. Jeg tenker at mistillit er et stort ord. Å ha mistillit betyr også at jeg ikke tror på deg og at jeg ikke tør å betro meg til deg fordi jeg ikke tror du vil meg vel. Løgstrup beskriver forholdet mellom tillit og mistillit slik (2010, s. 17):

Det hører vort menneskeliv til, at vi normalt mødes med en naturlig tillid til hinanden. Det er ikke blot tilfældet når vi træffer et menneske, vi kender godt, men det gælder også, når vi møder en vildtfremmer. Det skal særlige omstendigheder til, for at vi på forhånd står overfor en fremmed med mistillit. Angiveri skal først have kvalt den naturlige tillid, som mennesker ellers umiddelbart viser hinannen, og gjort alt beklemmende og ufrit (...) vi begynder først at tvivle, når vi får særlig grunde dertil.

Her tenker jeg at vi møter en person for første gang, vi kjenner ikke noe til hans liv og den kulturen eller den konteksten han er vokst opp i. Jeg lurer på hvor nysgjerrige vi var i møtet for å bli kjent med denne mannen? Likeledes lurer jeg på hvordan det hadde vært å vente litt med den kliniske kartleggingen av rusbruket til vi var blitt bedre kjent.

I hermeneutikken er man opptatt av forforståelse og av at alle mennesker møter andre mennesker med sin forforståelse. Jeg tenker at Sannes tidligere erfaringer, slik hun beskrev dem, ubevisst var med på å påvirke hvordan Helge ble tatt imot i møtet og hva som hadde fokus i samtalen. Først når Helge sa at «*vi snakker bare om det uartige jeg gjør og ikke om det vanskelige jeg egentlig ønsker å snakke om*», ble det en endring. Den påfølgende refleksjonen var viktig fordi vi erkjente at de andre tingene Helge var opptatt av å snakke om, hadde fått lite plass. Gjennom vår refleksjon dannet det seg et nytt syn på Helge. Han var noe mer enn en person som ruset seg.

Min indre dialog sa meg her at Ann og Sanne ble så opptatt av å kartlegge rusbruket til Helge at de ikke klarte å høre hva han ellers hadde på hjertet. I følge Seikkula & Arnkil (2007) kommuniserer fagpersoner som er relatert til saken ut fra sin egen posisjon – i henhold til arbeidsoppdraget, ikke bare «selve saken», men også hvem de er og hvem som har rett til å definere hva det handler om.

Det gjorde inntrykk på meg når jeg hørte på Helge. Jeg følte sympati med ham samtidig med at mine indre dialoger kretset rundt dilemmaet hvor jeg på den ene siden hadde denne sympatien med Helge, og samtidig hadde respekt for det Sanne og Ann hadde sagt. Mine indre dialoger, som kun jeg kunne høre, påvirket min ytre dialog da jeg hørte Helge si at vi bare snakket om det uartige han gjorde og ikke var opptatt av det han egentlig ønsket å snakke om.

Ulla: jeg fikk lyst til at Helge skulle få en mentor som virkelig kunne gå i dialog med ham... om hans fremtidsplaner for han hadde virkelig mot på livet

Ann: Ja, han hadde det

Til tross for at både Ann og Sanne og jeg hadde hørt det samme, så forstod vi det Helge sa på ulike måter.

Ann: jeg er redd for at det er fort gjort å lene seg til noen rusmidler og at forklaringen på å fortsette med det, er at jeg har det så dårlig og ingen vil hjelpe meg, og alle er jo bare moralister i møte med meg...

Sanne: jeg synes jeg kjenner igjen den litt fra før

Ulla: Jeg oppfattet ikke Helge slik ... Han medga at han hadde brukt marihuana, men han sa at han har funnet ut av at han hadde lyst til å komme videre i livet ved blant annet å søke om hjelp og å ta opp noen fag

Ulla: og det var veldig fint da han sa: « jeg likte godt når dere tre snakket sammen» (refleksjonen)

Ann: Ja, faktisk

Ulla: fordi, han sa: «når dere snakket sammen, satte dette i gang noen tanker hos meg»

Det var først da vi hadde hatt en åpen refleksjon midtveis at det ble en bevegelse i samtalen. Helge fikk anledning til å høre sine egne ord og hva i hans fortelling som vi ble opptatte av. I tillegg hørte han om det dilemmaet behandleren stod i, når de møter personer som ruser seg. Jeg satt igjen med en følelse av at Sannes og Anns ærlige fremtoning i møtet rundt dette temaet og min mer forbeholdne holdning, var med på å sette i gang tanker hos ham, som han uttrykte, noe han sa han ville huske.

«Refleksjonsnivå 2» - Anns og min etterrefleksjon over den første refleksjonen.

Da Ann og jeg senere satte oss sammen for å reflektere over den første refleksjonen, kom vi inn på flere temaer som hadde berørt oss i samtalen. For det første ble vi opptatt av det dilemmaet som oppstod da vi ble kjent med at Helge ruset seg. Her ble MÅ – spørsmålene eller den kliniske kartleggingen dominerende i samtalen. Det andre som gjorde inntrykk, var den virkningen det hadde på Helge da vi reflekterte åpent midtveis i møtet. Her føltes det som det ble en bevegelse, noe hendte. Det tredje momentet vi ble opptatt av, var det at Helge ikke hadde med seg noen fra det sosiale nettverket i samtalen og det faktum at han ikke kjente fastlegen så godt. Det fjerde og siste som gjorde inntrykk var fastlegens reserverte holdning. I møtet sa han at han ikke så hensikten med et slikt nettverksmøte og at dette tok for mye tid. Jeg fikk en følelse av at fastlegen ikke kjente til pasientens rusbruk og at han kanskje følte at han burde visst det.

Dilemmaet Ann beskrev, ble løftet frem i den åpne refleksjonen vi hadde midtveis i møtet. I refleksjonen visste vi åpent det dilemmaet fagpersoner kan stå i, når de på den ene side skal arbeide for å få en god allianse med pasienten og vise forståelse for hans situasjon, kontra myndighetenes krav om å foreta kliniske vurderinger og at dette i enkelte tilfeller kan medføre en risiko for at relasjonen til pasienten forstyrres.

Ann: Det dukker opp et tema vi allerede har diskutert litt, det er jo disse MÅ spørsmålene for her kom det frem en del om rus. Helge lurte jo selv på hvilke konsekvenser det kunne få hvis han var helt åpen om rusbruken sin, og vi ble sittende der i et dilemma. Vi kunne jo ikke sitte å love at vi ikke skulle melde ifra til fylkesmannen. Det var jo hans valg hva han ville si.

Vi klarte å vise følsomhet overfor hverandre og det dilemmaet som oppstod omkring et misbruk av rusmidler og hvordan dette kunne håndteres. Jeg fikk en følelse av at vår åpenhet var med på at Helge følte at han ble tatt på alvor.

Det var først da vi hadde hatt en åpen refleksjon midtveis, at det ble en bevegelse i samtalen. Her fikk Helge anledning til å høre sine egne ord og hva i hans fortelling som hadde gjort inntrykk på oss. Han sa at han likte da vi snakket sammen; at dette hadde gitt han nye perspektiver å tenke på og at han ville huske denne delen av møtet. Jeg tenker at Helge selv var med på å påvirke møtets utvikling. Han virket åpen og var god til å snakke for seg, og på forhånd kan man aldri bestemme hvordan dialogen vil forløpe. Vi må tørre å slippe kontrollen og tåle ikke å vite hva som kommer til å skje. – Dette gjelder også for en en-til-en

samtale. Forskjellen er bare at i en en-til-en samtale er det ofte krav til hva en førstegangssamtale skal inneholde.

Det er ikke sikkert at møtet hadde fått en slik positiv avslutning dersom ikke Helge var blitt konfrontert med rusbruket sitt. I ettertid tenker jeg at vi som hjelpere må tørre å sette ord på «upopulære» temaer og tåle «å stå i dette» også.

Helge hadde ikke noen med seg i samtalen som han hadde en *personlig relasjon* til. Jeg forsøkte å skape en trykk atmosfære fra starten av og hadde fokus på det han brakte inn i samtalen. Jeg fornemmet at han følte seg ivaretatt til tross for at det ble mye fokus på rusbruken etter at han fortalte om dette. Igjen kom jeg til å tenke på Seikkula og Arnkil (2013) som mener at den som har en personlige relasjon til den det gjelder, har en uvurderlig kjennskap til situasjonen, noe som er viktig for dialogen og gjensidig forståelse. Dette er naturligvis også gjeldende i en-til-en relasjoner. De som inngår i en relasjon, har kunnskap fra innsiden av relasjonen, men også fra sitt unike ståsted. De er ikke bare klar over i kognitiv forstand, men de føler også som hele mennesker i sitt kroppslige nærvær hvordan relasjonen er, hver på sin unike måte. De som bare behandler sakene via dokumenter og annen sekundær informasjon, går glipp av dette viktige poenget (2013).

Fastlegens reserverte holdning handlet om flere ting. For det første uttrykte han på slutten av møtet at han ikke helt forstod hensikten. Han mente det tok for mye tid. I tillegg sa han at han mislikte når vi reflekterte høyt i møtet hvor Helge og han selv var i lytteposisjon.

Som fastlegen ga uttrykk for, var det også enkelte av behandlerne som ga uttrykk for det samme da vi hadde refleksjon med dem i ettertid. Behandlerne uttrykte bekymring for pasientene når vi reflekterer over det vi har hørt i møtet. Dette gjaldt spesielt når vi snakket om hvorvidt vi tenkte at DPS hadde den rette kompetansen til å bistå pasienten med de behov hun/han hadde; at pasienten med dette ble brakt utenfor egen komfortsone. Her undret jeg meg og tenkte, kan det være at dette har sammenheng med at behandlerne kan oppleve denne konteksten som så uvant at de selv kommer utenfor egen komfortsone?

Der vi reflekterte i Helges nettverksmøte, brukte vi hans ord og uttrykk for å beskrive hva som hadde gjort inntrykk på oss og da kom vi både innom pasientens ytringer i forhold til ønsker og drømmer for fremtiden, men også innom vår usikkerhet i forhold til dette med rusen.

«Refleksjon med behandlergruppen».

Som jeg nevnte ovenfor, hadde vi reflekterende team med behandlerne som deltok i nettverksmøtene, cirka 2 måneder etter siste nettverksmøte. Behandlerne snakket først sammen om de erfaringer de hadde fått. Deretter reflekterte deres kollegaer som ikke hadde vært med i nettverksmøter, over det de hørte ble fortalt. I denne refleksjonen deltok også ledere til behandlergruppen.

Da vi satte oss ned med behandlergruppen på allmennpoliklinikken cirka to måneder etter siste nettverksmøte, kom refleksjonen raskt igang. Et av temaene flere behandlere var blitt opptatte av, var den refleksjonen Ann, behandler og jeg hadde *midtveis i nettverksmøtet*. I noen av refleksjonene kunne vi ha ulik oppfatning av hvorvidt vi tenkte DPS kunne tilby den hjelpen som pasienten hadde behov for.

Karl: da samtalen gikk mot slutten, så var det blant oss som satt der, litt ulikt syn på om DPS hadde rett kompetanse til å bistå pasienten med sine behov eller ikke. Å ha en slik refleksjon foran pasienten, var veldig rart. Jeg ble opptatt av hvordan jeg skulle formulere meg. Da tenkte jeg veldig igjennom på forhånd hva jeg ville si. En ting til, uten at jeg vet at det er sånn, men det kan jo hende at det også kan påvirke litt hvordan vi kommer frem til avgjørelser når pasienten sitter og hører hva vi snakker om. Tenkte det må være vanskelig for pasienten å få høre noe han eller hun kan oppfatte som en avvisning uten at det nødvendigvis er det.

Her tar Karl til orde for at det føltes «rart» med refleksjon *i møtet* der vi som er møteledere og behandlere snakket om det vi hadde hørt i møtet, men også om hvorvidt vi tenkte at DPS hadde den rette kompetanse til å hjelpe pasienten med det det var behov for. I tillegg sier Karl at han ble opptatt av hvordan han skulle formulere seg og på hvilken måte vår holdning ble påvirket av at pasienten, pårørende og fastlegen hørte på våre funderinger. I ettertid tenker jeg at dette var et viktig innspill fra Karl fordi vi må være åpne for at vi kan la oss påvirke av de som sitter i lytteposisjon. Seikkula & Arnkil (2007) snakker om å tåle usikkerheten og ikke komme med for raske løsninger i en situasjon som er vanskelig for pasienten, men som også kan kjennes vanskelig for oss som er tilstede i samtalen.

Lone: Har tenkt litt på det som Karl sa, dette med når vi har disse refleksjonene der vi kan være uenige, muligens ikke sterkt uenige, men likevel... Jeg har tenkt at dette med at vi er åpne

om våre ulike syn i enkelte situasjoner, er noe som kan slå begge veier. Det er jo faktisk sånn det er at man er i tvil noen ganger. Jeg tenker at vår åpenhet kan bidra til faktisk å underbygge vår troverdighet. Så kanskje det er noe vi må øve oss mer på, det med å drøfte slike ting i pasientens påhør.

Lone som ikke hadde deltatt i noen av nettverksmøtene, sa her at refleksjonen i pasientens påhør kunne være lærerik. Hun så for seg at behandlerne kunne øve på å snakke åpent om sine tvil mens pasienten var tilstede. Med Helges sitt nettverksmøte i minne var det nettopp refleksjonen som skapte en bevegelse i møtet. En bevegelse som jeg blant annet tenker, kom etter at Ann og Sanne i vår refleksjon åpent snakket om deres dilemma.

Læringspoenger i prosessen etter tredje nettverksmøte:

- *I den åpne refleksjonen mellom Ann, Sanne og meg i dette nettverksmøtet fikk jeg en følelse av at dette skapte bevegelse og ny innsikt hos Helge. Slik jeg forstår Tom Andersen (1988), kan man forstå vår refleksjon i møtet med Helge for å være *passe usedvanlig*. Refleksjonen var ikke for mye og ikke for lite forskjellig, og da er det mulighet for en reaksjon, en bevegelse fordi Helge nettopp sa at det var denne delen av møtet han likte best og som hadde gitt ham nye tanker. Vi kunne også se at det skapte bevegelse.*
- Vi kommer også her inn på *tiden*. Fastlegens utsagn er aktuelt der han taler om *tidsbruk*. Det er aktuelt i forhold til studiens hensikt med å prøve ut nettverksmøtet som ny praksis for første samtale med pasienten. Mange med denne fastlegen vil mene at det går for mye tid og for mange ressurser til et nettverksmøte. Leder av almenpoliklinikken uttrykte også skepsis til hvorvidt bruk av nettverksmøter var veien å gå for å gi en bedre helsehjelp i forhold til dagens praksis. Når vi ser tilbake på nettverksmøtet til Øyvind, vil jeg på den annen side mene at vi hadde for liten tid i møtet til å sikre den rette tryggheten. Eller vi kunne blitt enige om å møtes en gang til fordi vi fortsatt var usikre på hvilken hjelp Øyvind hadde behov for.

For å nyansere utsagnet om det med bruk av tid som denne fastlegen tematiserte, vil jeg referere til hva fire andre fastleger sa om dette temaet:

«Refleksjon med fastlegene».

Selv om fastlegene ikke var deltakere i studien, ble de invitert til en reflekterende samtale med Ann og meg cirka 3 måneder etter siste nettverksmøte.

Jeg valgte ut noen få sitater fra refleksjonene. I sitatene kommer det frem viktige poenger som kan sammenlignes med de læringspoenger vi fikk etter de tre nettverksmøtene.

Når det gjelder *tidsbruken*, og som vi tidligere har vært inne på, poengtere fastlegen Knut at han heller brukte mer tid enn for lite tid til samtaler ansikt til ansikt fordi han sa, slik jeg forstår ham, at korte drøftinger på telefon ofte blir vanskelig.

Fastlege Knut: Hva gjelder tidsbruk, synes jeg for min del at jeg bruker heller litt mer tid enn for lite tid for jeg føler ofte at disse korte drøftingene på telefon er veldig vanskelige. Så om man planlegger adekvat, kan man alltid frisetten en time. Vi fastleger får jo betalt for å delta i møter.

Her fulgte fastlegen Torunn opp med å fremheve viktigheten av å *møtes for å kunne se en situasjon fra en annen synsvinkel*. Torunn mente dette kunne være nyttig for fastlegene.

Fastlege Torunn: Noen ganger kan vi også ha nytte av å kunne møtes å se ting litt fra forskjellige sider og se hvordan kan vi gjøre det beste ut av den situasjonen; finne best mulig løsning for pasienten

Fastlege Torunn: Vi gjør noen valg ut fra det vi tror er mest riktig der og da, og sådan sett er det interessant nok med nettverksmøter, som Knut sa, men det tar mye tid. Likevel er det viktig at vi møtes en gang imellom. Det tror jeg kunne være nyttig for oss fastleger også.

Fastlege Peter: Det er jo som du sier, at hvis vi bare har tid, kan avsette tid, så kan vi jo sette av tid til det. Det som er godt å bruke tiden der og da og så gjøre det riktige enn å knote fram og tilbake - å ikke få noe hjelp, såå ... jeg synes det var godt å få saken godt belyst, bedre belyst enn jeg hadde - enn hva slags grunnlag jeg hadde faktisk i og med at hun samboeren var der. Så jeg fikk et bedre grunnlag.

Slik jeg forstår det fastlegen Peter sa, ønsket han mer *samhandling med andre involverte* på et tidligere tidspunkt i stedet for «å knote fram og tilbake» i lengre tid uten at noe skjer. Jeg tenker dette er et svært sentralt poeng som sier noe om behovet for mer samhandling i konkrete saker på et tidlig tidspunkt.

Fastlege Knut: Det som er veldig positivt med nettverksmøtet, er det tverrfaglige. Jeg savner ofte tverrfaglige vurderinger - når dere reflekterte høyt i møtet, og vi hørte på. Det var så nyttig bare å høre hvordan dere tenkte og reflekterte over samtalen....og hvordan de responderte og kom med tankene sine altså. Jeg lærte noe av dette - som jeg savner veldig mye i hverdagen. Gjør man dette hyppigere, så tror jeg vi vil få en ganske god faglig effekt ut av det.

Et annet viktig poeng fastlegen Knut berører her, er behovet for *mer tverrfaglighet*, noe han opplevde som positivt i nettverksmøtet. Han *fremhever spesielt refleksjonen* som var mellom møtelederne og behandler, som svært nyttig, og han sa at han lærte mye av dette. Det fastlegen Knut her var inne på, harmonerer godt med den psykologiske kontinuiteten Seikkula & Arnkil (2007) snakker om for å sikre en *sammenheng i hjelpen* til pasienten mellom de innvolverte partene.

Fastlege Torunn: Å gjøre det på den her måten i stedet for alle de her brevene hvor vi får tilbake at dette skal ordnes i kommunehelsetjenesten, så føler vi oss egentlig litt hjelpeløse, og da tenker jeg at da måtte et slikt møte være mye mer nyttig.

Fastlege Torunn sa her at som fastlege kan man ofte *føle seg hjelpsløs*, et tema som også ble reflektert over etter nettverksmøtet til Per. Her poengterte Lene viktigheten av «å ha flere på lag». Lene uttrykte at nettverksmøtet ga henne en følelse av ikke å stå alene i det man kan beskrive som kompliserte situasjoner.

Viktige læringspoenger fra fastlegene:

- ***Samhandling mellom innvolverte parter.*** De sentrale temaer fastlegene her poengterte var at nettverksmøtet var en viktig kontekst for *samhandlingen* der det er flere involverte i en sak.
- ***Møtes ansikt til ansikt for å snakke samme.*** De poengterte også tydelig viktigen av å møtes *ansikt til ansikt* med de man skal samhandle med. Møtes man øker sjansen for å se situasjonen fra flere perspektiver.
- ***Tverrfaglige samtaler.*** I tillegg fremhevet en av fastlegene at *tverrfaglige samarbeid* for å bli kjent med hverandres faglige ståsted. Han fremhevet blant annet *bruken av åpen refleksjon i møtet* som en viktig indikator for faglig forståelse.

- **«Se en situasjon fra flere sider»** Likeledes var det viktig å få muligheten til å *se en situasjon fra flere sider*, og *redusere følelsen av hjelpsløshet* i kompliserte saker, eller som Lene uttrykte det etter møtet med Per, viktig å være «flere på lag».
- **Tidsbruk.** Fastlegene her mente også at *tidsbruk* var tema å snakke om fremover

7 Tid for ettertanke - metarefleksjon

Det er gått flere måneder etter at pilotprosjektet «Fra sett til hørt – flere sider av samme sak når vi er i dialog» ble avsluttet. Når jeg ser tilbake på prosjektet og prosessen, er det flere sentrale temaer som er verdt å merke seg.

Hva vi ble opptatte av etter å ha prøvd ut ny praksis for første samtale med pasient.

Gjennom prosjektet fikk vi prøvd ut nettverksmøtet som ny praksis i første samtale med pasienten som hadde fått rett til utredning på allmennpoliklinikken v/ DPS. Vi prøvde ut hvordan dialogen i nettverksmøtet mellom henviser, pasient og pårørende ble annerledes når vi satt ansikt til ansikt. Det ble selvfølgelig en helt annen informasjon enn den vi ville fått ved å lese beskrivelsen av pasienten i en henvisning. Vi erfarte hvordan mangfoldet kunne bidra til å finne frem til hvilket hjelpebehov pasienten hadde og om vedkommende var kommet til rett sted. I nettverksmøtet fikk hun/han muligheten til å velge den formen for hjelp som passet best.

Erfaringene fra nettverksmøtene i studien

Først vil jeg beskrive erfaringene vi fikk gjennom bruk av nettverksmøter som faglig tilnærming og kontekst for første samtale. Erfaringene brakte frem sentrale temaer som er viktige for å etablere et likeverdig alternativ til dagens praksis.

Dernest vil jeg komme inn på hvordan aksjonsforskningen som tilnærming til prosjektet ikke bare var et forskningsprosjekt for min masteroppgave, men et prosjekt der ledelse og ansatte bidro som aktive deltakere.

7.1 Våre erfaringer etter gjennomført prosjekt.

Gjennom prosessen og refleksjonene var det flere fremtredende temaer som gikk igjen i nettverksmøtene.

Følgene er hovedpoengene eller temaene fra de tre nettverksmøtene, refleksjonene fra behandlergruppen og fra fastlegene i stikkordsform:

- Når vi møtes ansikt til ansikt uten agenda, kan samtalen føles «mer fri» og åpne muligheten for det uventede. Når vi gir tid for «tuning in», øker sjansen for at pasienten blir sett og hørt.

- Der mangfoldet viser seg, får vi anledning til å se en situasjon fra et annet perspektiv og mulighet til å få kjennskap innenfra, få fram uventet informasjon og til å ha «flere på lag».
- Når samhandling med involverte parter er velkommen, spesielt i kompliserte og sammensatte situasjoner, åpner tverrfaglige dialoger opp for hverandres unike ståsteder.
- De indre og ytre dialoger påvirker hverandre og hva vi respondere på.
- Refleksjonen som skaper rom for nye tanker og ny innsikt.
- Tiden og ressursbruk er et dilemma

Vi fant at når vi *møttes ansikt til ansikt* i nettverksmøtene, *fikk vi kjenneskap innenfra og mye informasjon* som vi ikke ellers hadde fått i en vanlig en-til-en samtale. Først og fremst handlet dette om måten møtet ble gjennomført på. På forhånd hadde vi ikke bestemt hva det skulle snakkes om. Vi hadde ingen *ingen agenda* og heller ikke lagt noen strategi for fremdriften i møtet. I følge Seikkula & Arnkil (2013) er målet med samtalen legge til rette for dialogen slik at alle stemmer blir hørt, og ikke er et strategisk mål å få den Andre til å forandre seg. Vi anvendte et alminnelig språk for å skape trygghet og likeverd. Vi bestrebet oss på å snakke om de temaer pasienten var mest opptatt av å snakke om. Når flere deltok i samtalen, kom *ulike perspektiver* fram; eksempelvis kunne mor, samboer, behandler eller fastlege bidra inn i samtalen ut i fra den måten de forstod det som ble uttrykt. *Mangfoldet viste seg* ved at alle fikk høre det samme og kunne dermed oppnå en ny forståelse av det som ble uttrykt i utgangspunktet. Det ble spontan *samhandling* fordi alle fikk høre det samme og fikk anledning til å fundere over det som ble sagt for deretter å ta til seg det som ble viktig for den enkelte. Spesielt godt kom dette til syne når behandler, Ann og jeg midtveis *reflekterte høyt sammen* over det vi hadde hørt samt det vi var blitt berørte av. Når vi delte hva som hadde berørt oss, fikk jeg inntrykk av at det ble en annerledes samtale. Når profesjonelle lar seg berøre av det som hender i møtet, skjer det noe med oss. Vi forandrer oss. Uten at vi sier det høyt, responderer vi på en annen måte. Dette kan handle om vår pust, tonefall og blikk, noe de andre deltagerne legger merke til. Ser vi tilbake på Helges reaksjon etter refleksjonen i hans nettverksmøte, sa han at vår refleksjon var det han opplevde som det beste ved hele møtet; at dette hadde gitt ham nye tanker.

Behandlerne uttrykte positive tanker om nettverksmøtene. Blant annet sa de at samtalen *følte* mer fri og at det kjentes godt når samtalen ikke var styrt av manualer og utredningsverktøy, men at det i nettverksmøtene var rom for å ta i mot det uventede. I seg selv er dette et interessant funn for måten å jobbe på når behandlerne samtidig sier at det gikk fint an å gjøre de kliniske vurderingene i løpet av møtet.

Da jeg i ettertid spurte Ann hva hun husket som annerledes i nettverksmøtet enn i en vanlig en-til-en samtale, sa hun at det var settingen, *konteksten for samtalen og dialogen*. Seikkula & Arnkil (2007) hevder at ved en mer ydmyk og dialogisk tilnærming blir den profesjonelle en helt annen. Ressursene i pasientenes sosiale nettverk aktiviseres når de involverte blir hørt og lyttet til på en likeverdig måte. Ann bemerket også at holdningen eller værermåten til oss som deltok fra DPS, virket mer personlig i måten vi var på. Men mest av alt sa Ann at hun selv hadde lært noe nytt i måten å stille spørsmål på. Dette begynte hun i at vi ga *tid* til å vente på svaret fra den Andre og at vi utforsket det som ble sagt, ved å høre hvordan de andre hadde forstått det som ble uttrykt. Ann sa også at det hadde vært lærerikt for henne å tåle å være i usikkerheten og avvente hva som kom til å skje. I tillegg hadde hun erfart nettverksmøtet som en intervensjon fordi de andre deltakerne hadde glede av å lytte til det som ble fortalt og dermed fikk en annen forståelse.

På den annen side tenker jeg at nettverksmøtene bød på utfordringer; spesielt møtet med Øyvind hvor han i siste minutt meddelte at han opplevde at han ikke kom til orde. Vi reflekterte over om det kan være en fallgrube at det er mange tilstede i et møte. Kanskje det for noen kan medføre ubehag at det er flere tilstede i møtene slik de ble gjennomført. En annen utfordring kan være dersom vi blir for lite selektive, at vi kun fokuserer på ressursene og ikke på det som er vanskelig for pasienten.

Fastlegen Knut ble opptatt av *den åpne refleksjonen* vi hadde midtveis i møtet. Han nevnte dette eksplisitt i sin refleksjon og mente at denne delen av møtet *medførte et felles faglig løft*. Videre holt han fram at vi for sjelden møtes for å reflektere over våre tanker og vår berørthet i situasjonen sammen med pasienten. Seikkula & Arnkil (2007) holder fram at man i de dialogiske nettverksmøtene jobber for at ulike fagpersoner som representerer hver sine fagfelt, ikke bekjemper hverandre med hvem som vet best, men at man også her legger opp til å lytte til hverandres perspektiver for å forstå hva hver i sær uttrykker.

I nettverksmøtene opplevde vi flere *dilemmaer*. Et av dilemmaene omhandlet *tids - og ressursbruk*:

Tids – og ressursbruk er ledere i både kommunehelsetjenesten og i DPSet opptatt av. Eksempelvis lurte leder av Allmennpoliklinikken på om prosjektet kunne lønne seg rent økonomisk. Et par fastleger var også opptatte av tids -og ressursperspektivet. Dette perspektivet må vi ta på fullt alvor fordi de som driver vår virksomhet er opptatte av denne biten. Offentlig virksomhet blir målt på tiden de bruker til å løse ulike oppgaver. Når eksempelvis DPS har så og så mange ansatte, plikter de å ha et visst antall konsultasjoner pr. dag/ uke /måned. Alle konsultasjonene har en stykkpris. Så dersom to behandlere bruker to - tre timer på å reise ut i en kommune for å delta i et nettverksmøte med en pasient, får de kun betalt for en konsultasjon. DPSet står dermed i fare for å tape inntekter og løper risiko for at budsjettet ikke går i balanse.

Dersom vi er opptatt av hvor pasienten kan få den beste hjelpen for sine vansker, må vi eksempelvis gi henne/ham *tid* til å fortelle hva hun/han sliter med, og sammen med vedkommende og nettverket finne ut hva som trengs av hjelp. Vi kan spørre oss om det er sannsynlig at pasienten da hadde hatt behov for DPS ? Pilotprosjektet fant at 40 % av alle som hadde nettverksmøte, valgte et annet tiltak etter nettverksmøtet enn å fortsette på Allmennpoliklinikken, mens 60 % valgte å fortsette med utredning og mulig videre behandling etter møtet.

7.2 Min refleksjon over aksjonsforskning som tilnærming for prosjektet.

Plutselig ble det april. I følge Store norske leksikon er april måneden som «åpner opp for sommeren». April åpnet også opp for min ettertanke der jeg satt på toppen av fjellet. Etter denne lange vandringen, var jeg øm og trett i kropp og sjel. Likevel var jeg lett til sinns, og jeg kunne merke hvor godt og riktig det var at jeg stålsatte meg for å nå toppen. Der jeg satt og skuet utover landskapet, fikk jeg mange tanker om hva jeg opplevde på turen av utfordringer og uante muligheter.

Først vil jeg uttrykke takknemlighet for at min arbeidsplass åpnet muligheten for pilotprosjektet slik at vi fikk prøvd ut nettverksmøtet som ny praksis i første samtale med pasienten etter at hun/han hadde fått rett til utredning på DPS. På den annen side vet jeg at

min arbeidsplass er fornøyd med gjennomføringen av prosjektet. Man kan si at prosjektet kom i rett tid fordi det i det offentlige rom er en økende polemikk om hvor og hvem som skal behandle pasienter med psykiske vansker (Storvik 2018). Det er behov for å se på alternative arbeidsmåter slik at man så tidlig som mulig i prosessen kan undersøke hvilken hjelp pasientene er i behov av.

Å reflektere over aksjonsforskningen og erfaringene jeg fikk ved bruk av denne metodetilnærmingen, er betimelig samt hvilken betydning denne studien kan ha.

Refleksjon over tilnærmingen

I ettertid tenker jeg at valg av aksjonsforskning som tilnærming var et godt valg. Jeg visste svært lite om hva aksjonsforskning før jeg var midt i prosessen. Dette til tross for at jeg hadde lest meg opp på teorien. Jeg trodde jeg forstod, og likevel forstod jeg ikke omfanget av arbeidsformen. Først etter at vi hadde vært underveis en stund, fått erfaringer og vært gjennom flere refleksjoner, begynte jeg å forstå omfanget av denne måten å forske på.

Hva jeg kunne forvente av deltakerne som medforskere i prosjektet, visste jeg ikke riktig. Det ble å bevege seg sakte inn i det uvisse og holde alle sanser åpne for uttrykk og kroppslige reaksjoner. Jeg fornemmet at det handlet om det Tiller (2016) kaller *å stå i det uvisse*. Det kan sammenlignes med det å ha *toleranse for usikkerhet* som Seikkula (2012) har fokus på i prinsippene for åpen dialog. For meg handlet det om at jeg skulle tåle ikke med en gang å få et svar. I stedet måtte jeg i prosessen gi plass for det som ble skapt der og da og uten egentlig å vite hva dette var.

I forberedelsene til prosjektet hadde jeg en god følelse. Jeg forstod at det ikke kun var mitt prosjekt, men en del av noe større som andre også hadde et forhold til. Fordi jeg hele tiden hadde noen å støtte meg til, opplevde jeg meg ikke alene om ansvaret for arbeidet. I tillegg visste jeg at prosjektet var godt forankret i ledelsen, noe Levin (2015) påpeker er en grunnleggende forutsetning. Samtidig ble jeg mer og mer klar over mitt ansvar og min rolle som forsker for å drive prosessen fremover. Her må jeg innrømme at dette fylte meg med både frykt og glede. Skulle jeg klare å få til en prosess som kunne skape ny viten i forskningsprosessen og som var nyttig for praksisfeltet og for medforskerne?

Da jeg hørte Ann fortelle at behandlerne på allmennpoliklinikken forventningsfullt etterspurte nettverksmøter, ble jeg ivrig etter å komme i gang. Allerede ved det første nettverksmøtet ble

det en positiv opptur. Fastlegen uttrykte seg svært positiv til at DPS kom ut på fastlegekontoret for å delta på nettverksmøtet. Behandler mente at man fikk så mye mer innenfra-kjennskap om situasjonen og informasjon i nettverksmøtet enn man ellers ville fått fra en vanlig en-til-en samtale, og nettverksmøtet var heller ikke til hinder for pålagte kliniske vurderinger.

At vi kunne tenke forskjellig om den samme hendelsen og etterpå reflektere over hvordan vi hver især forstod det vi hadde sett og hørt, ga prosjektet åpenhet. Denne delen av prosjektet føltes både utfordrende og trygg på samme tid. Den ble utfordrende fordi vår forskjellighet ble så åpenbar, og vi fikk testet vår forforståelse av det som hendte uten at dette føltes ubehagelig. Den ble trygg fordi vi visste at vi var i «samme båt». Vi befant oss alle i dette uferdige. Det føltes trygt å ha ulike oppfatninger av en situasjon og gi uttrykk for dette ut ifra seg selv, noe jeg tenker er en viktig forutsetning for prosjektets troverdighet.

Donald Schöns (2013) måte å beskrive refleksivitet på, likte jeg godt fordi jeg plutselig forstod hva det dreide seg om. Å reflektere over noe mens du er i situasjonen, gir deg erfaringer som er nyttige der og da fordi du får umiddelbare tilbakemeldinger på det du uttrykker. Refleksjon over noe i ettertid er noe annet. Her får du tid til å konferere med egne indre dialoger før du etter å ha fått situasjonen på avstand, får muligheten til å reflektere over hendelsen. Denne prosessen medførte nye erfaringer og ga ny innsikt.

Under skriveprosessen har jeg studert de erfaringene jeg fikk, og sett de i forhold til det teoretiske aspektet. Noe jeg tenker er gjennomgripende, er Seikkulas tanker (2012) om de historiene vi lytter til, at det i øyeblikket alltid er to historier i alle samtaler som formidles. Den første er historien som oppstår gjennom vårt nærvær som kroppslige levende mennesker. Vi tilpasser oss til hverandre og skaper oss en flerstemt opplevelse av den samme situasjonen, men det meste av denne historien foregår uten ord. Vi fornemmer historien. Den andre historien er den menneskene forteller om sine liv. Det geniale er at alle vi som var tilstede i nettverksmøtene og i refleksjonene, lyttet og responderte på uttrykk fra hverandre. De gjorde inntrykk samtidig med at våre egne uttrykk også fikk respons.

Som tidligere nevnt, var studien en del av et større pilotprosjekt som ble iverksatt på DPS i 2017. At studien var en del av dette pilotprosjektet var både positivt og negativt, erfarte jeg. Positivt fordi det var enklere å forankre studien i ledelsen på DPS. Det var noe ledelsen ønsket seg. At prosjektet var ledelsesforankret, ga ringvirkninger ute i klinikken slik at det var

enklere å få deltakere til prosjektet. Behandlerne på Allmenpoliklinikken var positive fra første stund. Likeledes var det positivt at Ann ble prosjektleder og deltok i alle nettverksmøtene. Jeg trengte hennes blick på det vi erfarte gjennom hele prosessen for å bli bevisst mine egne tanker og finne egne "blinde flekker". Jeg trengte hennes blick på samme måte som hun trengte mitt. Vårt samarbeid ble en stor styrke for prosjektet og dermed for studien, erfarte jeg. Forholdet til de andre deltakerne var også av stor betydning for studien, men i ettertid tenker jeg at det var en svakhet at vi kun hadde et nettverksmøte med samme behandler. Dermed fikk vi ikke anledning til å lære av de erfaringene vi fikk underveis sammen med dem. Et annet aspekt jeg tenker på i ettertid, er at om vi hadde hatt flere nettverksmøter med de samme deltakerne, kunne vi fulgt denne gruppen over tid og sett utviklingen og prosessen fortløpende.

At studien var en del av pilotprosjektet, var negativt fordi det til tider ble krevende å orientere seg i prosessen for *når* jeg var i pilotprosjektet og *når* jeg var i studien. Denne forvirringen skapte mest frustrasjon da jeg var i skriveprosessen, noe som krevde min fulle oppmerksomhet. Et annet element som opplevdes utfordrende, handlet om å velge ut hvilke nettverksmøter jeg skulle ha med i studien.

Sluttelig vil jeg dog si meg enig med Bjørndal (2016) når han sier at aksjonsforskningens spirallignende utviklingsprosess ligner på jazzens sterke preg av mer eller mindre improvisert samarbeid. Jazz blir betraktet som en krevende musikkform. På samme måte erfarte jeg at aksjonsforskning var en krevende form for forskning, men som også var morsom og inkluderende, og noe jeg lærte utrolig mye av.

8 Avsluttende kommentarer og veien videre

Da alle nettverksmøtene var gjennomført og vi begynte å se hvilken betydning det hadde hatt å gjennomføre første samtale med pasienten som et nettverksmøte på fastlegens kontor, satt vi igjen med erfaringer som måtte evalueres. Jeg tenkte at studien hadde hatt noe for seg og at våre erfaringer og funn ville få et etterspill for DPS.

- Det så ut for at prosjektet medførte et økende samarbeid med fastlegene i distriktet. Behandlerne uttrykte at de opplevde det enklere å ringe fastlegene som hadde vært med i prosjektet.
- Det virket som om behandlerne følte en form for lettelse. De uttrykte i alle fall at erfaringen med deltakelse i nettverksmøtene hadde vært positiv. I etterkant er flere av behandlerne begynt å invitere pasientene til ha nettverksmøte der de har med seg medlemmer fra sitt sosiale nettverk.
- Det faktum at 40 % av pasientene i pilotprosjektet valgte bort utredning på DPS, gjorde ledelsen nysgjerrige. De ønsket å undersøke dette nærmere.
 1. Ledelsen så for seg at bruk av nettverksmøter i forbindelse med vurdering av henvisninger kunne utvikles. Våren 2017 kontaktet de en kommune for at de sammen kunne undersøke muligheten for å utvide prosjektet for å se om arbeidet kunne organiseres på annen måte ut fra de erfaringene vi hadde høstet i prosjektet.
 2. DPS og den aktuelle kommunen søkte samhandlingsmidler i 2017. Midlene skulle brukes til avholdelse av en dialogkonferanse. Man ønsket å invitere ansatte fra kommunehelsetjenesten, Familiens hus, NAV, fastlegene og ansatte fra DPS til dialog om hvordan prosjektet videre kunne organiseres. Det ble innvilget kr. 50.000,- til konferansen. Dialogkonferansen ble gjennomført 15.02.2018. Cirka 80 personer deltok (vedlegg 7). I ettertid er innspillene fra dialogkonferansen analysert og brukt for å søke om nye samhandlingsmidler for 2018 med tanke på utvidelse av prosjektet.

Hvordan veien blir videre er ikke helt klart, men det skal nedsettes en arbeidsgruppe bestående av personer fra DPS, kommunen, NAV, fastlegene og brukere hvor de skal foreslå

en organisering av arbeidet med henvisninger slik at pasientene blir sett og hørt i et nettverksmøte før de eksempelvis henvises til DPS.

Med dette kan man si at prosjektet « Fra sett til hørt – flere sider av samme sak når man er i dialog» har gjort seg bemerket og lagt til rette for endring av praksis.

9 Litteraturliste

Alrø, H. & Billund, L. (2017). Aksjonsforskerens sårbarhet. I H. Alrø, & F. T. Hansen (Red.), *Dialogisk aksjonsforskning i et praksisnært perspektiv*. (s.65-91). Aalborg: Universitetsforlag.

Andersen, T. (1988). Forandring kjenner sin egen tid og sine egne veier. I H. Hårtveit, A. Johnsen, & S.Tømmerås (Red.), *Gjennom speilet og tilbake, refleksjoner om behandlingssystemer og systemisk behandling*. (s.69 - 84). Norsk: TANO A/S.

Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. (3. utgave). København: Dansk Psykologisk Forlag.

Andvig, Ellen. (2005). *Brukermedvirkning i psykiatrien*. Prosjektrapport (09/2005). Copyright Høgskolen i Vestfold. ISBN 82-7860-152-6. Hentet 19.03.2018 fra http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2005-09/rapp9_2005.pdf

Akershus universitetssykehus (2014). *Årsrapport for åpen dialog, relasjons og nettverksarbeid*. Hentet 27.02.2018 fra <http://www.ks.no/contentassets/967f0fdf751149d8b90ad81ebd14165b/ln1-s3-arsrapport-arsrapport-apen-dialog-relasjons---og-nettverksarbeid-2014.pdf>

Borg, M. & Karlsson, B. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademiske Forlag AS.

Burr, V. (2003). *Social Constructionism*. 2nd edition. London and New York: Routledge.

Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid, Å skape rom for hverandre*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Dahlbom, M.I. (2008). En modell for bedre samarbeid mellom fastlege og psykiater. *Tidsskrift for den norske legeforening* (8/2016).

Eiterå, A. & Hansen, A. m.fl. (2014). Åben Dialog– nøglemarkører og deres kontekst. Artikkelen trykt i Region Syd Danmark, Åbenrå. Ikke publisert Hentet 28.02.2018 fra <http://www.eitera.com/side6.html>

Gergen, K. & M. (2005). *Sosial konstruksjon inn i samtalen*. København: Dansk psykologisk forlag AS.

Gjertsen, A.R. & Olsen, M. (2011). *Samhandling mellom Akutt-teamet og fastleger*. Foredrag lagt frem på Den 5. Barentskonferanse 2011, Tromsø, Utvikling av psykiatri i førstelinjetjenesten og selvmordsforebygging i Barentsregionen, (s.161-171). Hentet 14.03.2018 fra: <http://docplayer.me/amp/26011711-Utvikling-av-psykiatri-i-forstelinjetjenesten-og-selvmondsforebygging-i-barentsregionen>

Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-voksne/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-psykisk-3213>

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helse og rusarbeid for voksne*. IS-nummer: IS-2076. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/sok/?k=Sammen%20om%20mestring&Source=https%3A%2F%2Fhelsedirektoratet%2Feno%2Fsamhandlingsreformen#k=Sammen%20om%20mestring>

Heskestad, S. & Rosengren, U. (2012). *Åpen dialog, om relasjons og nettverksarbeid på Romerike*. Romeriksprosjektet, Akershus universitetssykehus HF. Hentet 27.02.2018 fra <http://docplayer.me/4123326-Apen-dialog-om-relasjons-og-nettverksarbeid-pa-romerike.html>

Jensen, P. & Ulleland, I. (2011). *Mellom ordene, kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag

Jensen, P. (2006). Veiskiller. *Fokus på familien. Nordisk tidsskrift for familie- og relasjonsarbeid*. Årgang 33 (3), (163 – 173). Oslo: Universitetsforlaget.

Jørgensen, A. mfl. (2012). Åpne samtaler i nettverksmøte + KOR=Sant? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Årgang 9 (3), (251-261). Oslo: Universitetsforlaget

Lindseth, A. (2011). Når vi bliver syge på livets vej. J.B.Ladegaard. & M.Sørensen (Red.). *Filosofisk praksis i sundhedsarbejde*. (s.139- 167). Frederiksberg: Bogforlaget Frydenlund AS.

Levin, M. (2017). Aksjonsforskning som forskning – epistemologiske og metodiske utfordringer. I S. Gjøtterud m.fl. (Red.). *Aksjonsforskning i Norge, teoretisk og empirisk mangfold*. (s.27 – 42). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Løgstrup K.E. (2010). *Den etiske fordring*. Århus: Forlaget Klim.

Malterud, K (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

MacNill, J. & Whitehead. J. (2011). *All you Need to know About Action Research*. (2.utg) London: Saga publications Ltd.

Nilsen, H. (2014) Borgerdeltagelse. I G. Duuns. M.fl. *Aksjonsforskning, en grundbog*. (s. 205 – 215). Danmark, Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Rober, P. & Seltzer, M. (2010). *Avoiding colonizer positions in the therapy room. Some ideas about the challenges of dealing with dialectic of misery and Resources in families*. Family Process Vol. 49 (s.123 – 137).

- Rønning, A. K. (2017). I NAPHA, *Når barn og unge sliter, og det er vanskelig å hjelpe. Familiemøtet kan være en god løsning da*. Hentet 10.03.2018 fra <https://www.napha.no/content/22001/Nar-barn-og-unge-sliter-og-det-er-vanskelig-a-hjelpe>
- Schön, D.A. (2013). *Uddannelse af den reflekterende praktiker. Tiltag til en ny udformning af undervisning og læring for professionelle*. Danmark, Århus: Forlaget Klim.
- Steen-Olsen, T. & Eikseth, A. G. (2007). Utfordringer og dilemmaer i starten på et aksjonsforskningsprosjekt. *Tidsskriftet FoU i praksis* (nr. 1) Hentet 12.03.2018 fra <https://www.google.no/search?q=Utfordringer+og+dilemmaer+i+starten+p%C3%A5+et+aksjonsforskningsprosjekt.+Tidsskriftet+FoU+i+praksis&oq=Utfordringer+og+dilemmaer+i+starten+p%C3%A5+et+aksjonsforskningsprosjekt.+Tidsskriftet+FoU+i+praksis&aqs=chrome..69i57.4872j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Sten-Olsen, T. & Postholm, M.B. (2009.) Aksjonsforskning og aksjonslæring. I M.P. Postholm & T. Sten-Olsen (Red.). *Å utvikle en lærende skole*. (s. 17 – 34). Norsk: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic press.
- Svare, H. (2006). *Den gode samtalen, kunsten å skape dialog*. Norsk: Pax forlag.
- Seikkula, J. & Eliassen, H. (red.). (2006). *Reflekterende prosesser i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. Arnkil, T.E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler*. (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. Arnkil, T.E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Slåttenlid, R. (2005). Bakhtins translingvistikk. *Bakhtin M.M., Spørsmålet om talegenrane* (s. 47-85). Bergen: Ariadne.
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Storvik, A.G. (2018). *Fagfolk uenige om 19 av 23 henvisninger*. Dagens medisin.no. Hentet 19.03.2018 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/vurderte-halvparten-av-henvisningene-helt-ulikt/>
- Sørgård, J. & Karlsson B. (2017). Åpen dialog bak lukkede dører. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Årgang 15, (4). (s.327-337). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Bergen: Fagboklaget.
- Thomassen, M. (2015). *Vitenskap kunnskap og praksis, Innføring i vitenskapsfilosofi for helse – og sosialfag*. Oslo: Gyldendal.

Tiller, T. (red). (2016). *Aksjonsforskning i skole og utdanning*. Oslo: Cappelen Damm akademiske

Thoresen, L. m.fl. (2017). End-of-life communication in nursing homes. Patient preferences and participation. Medisinsk forskning UIO. Hentet 07.12.2017 fra <https://www.google.no/search?q=Forh%C3%A5ndssamtaler%3B+felles+planlegging+av+tiden+fremover+og+helsehjelp+ved+livets+slutt+for+pasienter+p%C3%A5+sykehjem&oq=Forh%C3%A5ndssamtaler%3B+felles+planlegging+av+tiden+fremover+og+helsehjelp+ved+livets+slutt+for+pasienter+p%C3%A5+sykehjem&aqs=chrome..69i57j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Vedeler, A. H. (2007.) Den bekymrede vandringsmannen. *Fokus på familien. Nordisk tidsskrift for familie- og relasjonsarbeid*. Årgang 34 (3), (s.166-177). Norsk: Universitetsforlaget.

Vedeler, G.H. (2016). *Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern*. Psykologisk.no. Hentet 26.02.2018 fra <https://psykologisk.no/2016/03/passar-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>

Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ølgaard, B. (2004). *Kommunikasjon og økomentale systemer*. København: Akademisk forlag

10 Vedlegg

- 1 FIT – skjemaet GSRS
- 2 Informasjonsbrev til fastlegen
- 3 Brev sendt til pasienten
- 4 Informert samtykke
- 5 Svar fra Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), 15.12.2016
- 6 Vurdering fra Norsk senter for dataforskning (NSD) 21.02.2017
- 7 Program for Dialogkonferansen 15.02.2018

Skala for gruppevurdering (GSRS)

Navn _____	Alder: _____
ID nr _____	Kjønn: _____
Gruppe nr _____	Dato: _____

Kan du gi en vurdering av gruppen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

Relasjon

Jeg følte meg ikke forstått, respektert, og/eller akseptert av gruppelederen og/eller gruppen.

I-----I

Jeg følte meg forstått, respektert og akseptert av gruppelederen og gruppen.

Mål og Tema

Vi arbeidet ikke med eller snakket om det jeg ønsket å arbeide med og snakke om.

I-----I

Vi arbeidet med og snakket om det jeg ønsket å arbeide med og snakke om.

Tilnærming eller metode

Gruppelederens og/eller gruppens arbeidsmåte passer ikke så godt for meg.

I-----I

Gruppelederens og gruppens arbeidsmåte passer godt for meg.

Generelt

Det var noe som manglet i gruppen i dag – jeg følte meg ikke som en del av gruppen.

I-----I

Som helhet var gruppen i dag bra for meg – jeg følte meg som en del av gruppen

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2007, Barry L. Duncan and Scott D. Miller

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Anne-Grethe Tuseth. (anne.tuseth@r-bup.no)

Lisensiert kun for personlig bruk

Til fastleger i
Ullensaker, Nes, Gjerdrum, Nannestad, Hurdal og Eidsvoll

Deres ref.:	Vår ref.:	Saksbehandler:	Telefon, Tele4	Dato:
ReferanseNr	DokumentNr	Navn	a-post: Tals6	26.11.2016

INFORMASJON OM PILOTPROSJEKT PÅ DPS ØVRE ROMERIKE – DIALOGMØTE OM PASIENTENS BEHOV FOR HJELP OG VIDERE OPPFØLGING.

Mange henvisninger gjelder personer med et sammensatt symptom-bilde og med ulike eksistensielle utfordringer. I slike tilfeller kan det være uklart hvilken hjelp personen egentlig trenger. Pilotprosjektet ønsker å se nærmere på noen av de pasientene som er henvist for slike utfordringer. Kan dialog mellom henviser, pasient og pårørende bidra til bedre kartlegging av hjelpebehovet?

Pilotprosjektet gjennomføres i perioden januar – april 2017

Det kan hende at du som fastlege blir kontaktet av oss i denne forbindelse.

Ønsker du mer informasjon om pilotprosjektet er du velkommen til å kontakte oss.

Med vennlig hilsen


Tom B. Ellingsen
DPS sjef


Ulla Rosengren
Fagkonsulent


Ida M Eide
psyk.faglig rådgiver

Kopi: Kommunelegene i kommunene på Øvre Romerike
Morten Glase på Samhandlingsavdelingen v/ Åhus

Postadresse:
Akershus Universitetssykehus HF
Postboks 4000
1478 LØRENSKOG

Besøksadresse:
Sykehusveien 25
Nordbyhagen

Telefon: +47 02950
Telefax: +47 67308881
E-post: postmottak@akhus.no

Bank: 609.27.07400
Org.nr: 885 971 628
Web: www.akhus.no

UiO : Universitetet i Oslo

Hei

Viser til hyggelig telefonsamtale den2017

Din fastlege har henvist deg til DPS Øvre Romerike. Du har fått tilbud om utredning og behandling jevnfør brev d. d.

Vi er opptatt av at du skal få den beste hjelpen, den hjelpen du mener du trenger for å få det bedre. Vi har lest henvisningen fra din fastlege, men er usikre på hva det er du trenger hjelp til og hva vi kan gjøre for deg. Av denne grunn ønsker vi en samtale med deg.

Du er velkommen til å ha med deg en person til samtalen, en du er trygg på og som kjenner deg godt. Dette kan være en fra familien, en venn eller en du har kontakt med i kommunene. Dette velger du selv. Vi har erfaring med at det kan være nyttig å ha med seg noen man føler seg trygg på og som kjenner enn, slik at man kan få hjelp til å fortelle hva som man trenger hjelp til.

Det er fastlegen som har henvist deg, vi ønsker at han/hun blir med i samtalen. Dette er viktig for den videre oppfølgingen. Samtalen vil foregå på fastlegekontoret.

De som vil være tilstede i samtalen, utover fastlegen og den du ønsker å ha med er: aktuell behandler, en psykologspesialist og Ulla Rosengren som leder samtalen.

I samråd med din fastlege i dag er det avtalt tid for samtale og det er satt av god tid. Håper tiden passer for deg, hvis ikke er det fint du melder ifra om dette så raskt som mulig.

Dato: kl.

Sted:

Vi ser frem til å høre fra deg

Med vennlig hilsen

Ida Eide
Psykologspesialist

Ulla Rosengren
fagkonsulent for dialogisk praksis

PS. Denne måte å møtes på i første samtale der flere deltar er en del av et pilotprosjekt DPS Øvre Romerike gjennomfører i 2017. Det er helt frivillig om du vil delta.

Med pilotprosjektet ønsker vi å prøve ut en annen måte for å kjennskap til de behov for hjelp mennesker har, som blir henvist til oss på DPS. Vi tenker at å møtes i en samtale er en god begynnelse.

På møtet vil du få et informasjonsskriv som gir ytterligere opplysninger om prosjektet.

Utprøving av nettverksmøte som ny praksis i 1. samtale med pasienten etter inntak i almen poliklinikken. Fra et lineært til et systemisk perspektiv - Et pilotprosjekt på DPS Øvre Romerike 2017

«Fra sett til hørt»

- Flere sider av samme sak, når vi er i dialog -

Forskningsprosjektet er en del av et pilotprosjekt som gjennomføres på Akershus universitetssykehus HF v/ DPS Øvre Romerike.

Ansvarlig institusjon for forskningsprosjektet er Institutt for familierapi og systemisk praksis ved Vitenskapelig høyskole i Oslo. Veileder for forskningsprosjektet er førsteamanuensis Anne Hedvig Vedeler. Mastergradsstudent og forsker er Ulla Rosengren, fagkonsulent ved Akershus universitetssykehus HF v/DPS.

Mange henvisninger til DPS gjelder personer med et sammensatt symptombylle og med ulike eksistensielle utfordringer. I slike tilfeller kan det være uklart hvilken hjelp personen egentlig trenger. Pilotprosjektet ønsker å se nærmere på noen av de pasientene som er henvist for slike utfordringer. Kan dialog mellom henviser, pasient og pårørende bidra til bedre kartlegging av hjelpebehovet?

Formålet med studien er å undersøke om pasientens behov for hjelp ivaretas på en bedre måte når man møtes i et nettverksmøte før utredning og behandling begynner, for å finne ut «hvor skoen trykker».

På nettverksmøtet er pasienten invitert til å ha med seg en person fra sitt nettverk, en person han/hun føler seg trygg på og som kjenner ham/henne og som kan være med til å beskrive behovene for hjelp. Nettverksmøtet vil finne sted på fastlegens kontor. Utover pasient og pårørende/sosialt nettverk vil også potensiell behandler delta. Møtet blir ledet av psykologiske faglig rådgiver fra DPS Øvre Romerike, som også er prosjektleder, samt fagkonsulent/forsker.

Aktuelle pasienter blir valgt ut til å delta i studien fordi han/hun er henvist DPS Øvre Romerike av sin fastlege. Ut fra henvisningen kan det herske tvil om hvilken hjelp pasienten har behov for. For å sikre at pasienten kommer til rett plass for rett hjelp, trenger vi en samtale med de som kjenner til pasientens situasjon.

Det er prosjektleder og psykologiskfaglig rådgiver for pilotprosjektet som er ansvarlig for å velge ut aktuelle pasienter til å delta i pilotprosjektet.

I pilotprosjektet vil det bli gjennomført 15 nettverksmøter. Vi vil få 60 utfylte SRS skjemaer. 15 fra hhv. fastlegen, pasient, pårørende og behandler. Ved å sammenligne skårene på skjemaene, vil vi få

noen indisier på om **nettverksmøtet** er en god måte for å avklare hjelpebehovene til den som er henvist til behandling i spesialisthelsetjenesten

Til **forskningsprosjektets omfang** vil det kun bli aktuelt å bruke data fra 4 av de 15 Åpen dialog-nettverksmøter.

Hva innebærer prosjektet

For pasienten innebærer prosjektet at han/hun får en mulighet til å beskrive og påvirke hvilken hjelp det er behov for og om hvordan det var å ha et nettverksmøte.

For fastlegen innebærer prosjektet at han/hun får en ytterligere kjennskap til pasientens situasjon, til samarbeidspartnere i DPS og til å ha fokus på hva som finns av hjelpetiltak i kommunen.

I tillegg vil et utvalg av fastleger (4 fastleger) bli invitert til et fokusgruppeintervju etter at alle åpen dialog-samtalene er gjennomført. Hensikten er å høre om fastlegenes inntrykk av nettverksmøte.

For pårørende innebærer prosjektet at de blir tatt med på råd, kan bistå med å beskrive situasjonen og hjelpebehovet til pasienten. I tillegg hører om hvorvidt det var hensiktsmessig å ha nettverksmøte.

For DPS innebærer forskningsprosjektet å få mer kjennskap til det hjelpebehov pasienten har og komme i dialog med fastlegen. I tillegg vil et utvalg av behandlere (4 behandlere) bli invitert til et fokusgruppeintervju midtveis og etter at alle åpen dialog-samtalene er gjennomført. Hensikten er å høre om behandleres inntrykk av åpen dialog-nettverksmøte.

På slutten av nettverksmøtet vil alle deltakere bli invitert til å utfylle et enkelt et tilbakemeldingsskjema kalt, SRS. (Skjemaet har fire spørsmål som besvares ved å sette et kryss på en linje. (se vedlagt). ⁴Skjemaet skal ikke fylles ut med navn eller andre initialer. Det skal kun fylles ut med dato og hvilken rolle den enkelt har, eks. pasient, fastlege, behandler eller pårørende. Når skjemaet er fylt ut, ser vi sammen på de skår den enkelte har gitt. Dette for at vi kan få et inntrykk av hva som har vært bra i samtalen og måten samtalen forløp på, samt hvilke forbedringspotensiale den enkelte mener vi bør tilstrebe i det videre forløp.

Det utfylte skjema vil fortelle oss noe om hvor tilfreds den enkelte deltaker er i forhold til det som etterspørres.

Ingen av de opplysninger som fremkommer i nettverksmøtet vil bli nedskrevet og registrert. Det er kun SRS skjemaet som vil bli brukt videre i studien..

Mulige fordeler og ulemper

Mulige ulemper kan være at noen av deltakerne vil synes det er mange mennesker tilstede i Åpen dialog-nettverksmøtet, at dette vil kunne oppleves ubehagelig.

Fordelene vil være mange, slik vi ser det:

- at pasienten vil oppleve medbestemmelse på hvilken hjelp han/hun får
- at pårørende opplever å bli tatt med på råd, sett på som ressurs
- at pasienten får den hjelp han/hun har behov for. Unngå å få feil behandling
- at samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten (i denne sammenheng fastlegen) og spesialisthelsetjenesten (i denne sammenheng behandler) blir bedre og åpen
- at fastlegene får mer informasjon om hva som finns av hjelpetiltak i egen kommune

⁴ SRS, er et skjema for å vurdering av samtalen på en skala. (2007, Barry L. Duncan and Scott D. Miller)

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling,

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet det SRS skjema du satt kryss på. Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Ida M. Eide psykologfaglig rådgiver, prosjektleder for pilotprosjektet eller tlf. 63 96 13 00, eller Ulla Rosengren fagkonsulent og mastergradsstudent tlf. 414 31 1976

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det vil ikke forefinnes noen Informasjonen som er registeret om deg. Materialet i studien **SRS skjemaene** skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i studien.

Godkjenning

Prosjektet er forlagt Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK med ref.nr.: 2016/2232 A (15.12.2016)Hvor det fremgikk at prosjektet vurderes til å være en helsetjeneste – prosjekt som ikke trengte godkjenning fra REK. tillegg er prosjektet vurdert fra NSD den 21.02.2017 med prosjektnummer 51623 til å ikke være meldepliktig.

Samtykke til deltakelse i prosjektet

JEG HAR MOTTATT INFORMASJON OM STUDIEN, OG ER VILLIG TIL Å DELTA

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver



Anne Hedvig Vedeler
VID Diakonhjemmet VID vitenskapelig høgskole
Boks 184 Vindern
0319 OSLO

Vår dato: 20.02.2017

Vår ref: 51623 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.12.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

51623	<i>Fra sett til hørt - Flere sider av samme sak, når vi er i dialog</i>
Behandlingsansvarlig	VID vitenskapelig høgskole, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Anne Hedvig Vedeler
Student	Ulla Rosengren

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ulla Rosengren ulla.rosengren@ahus.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårthøens gate 79 Tel: +47 55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr: 985 921 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO 5007 Bergen, NORWAY Tlf: +47 55 58 96 50 www.nsd.no

From: post@helseforskning.etikkom.no
To: [Jill Rosenberg](#)
Subject: Sv: REK sør-øst 2016/2232 «Fra sett til hørt» - Flere sider av samme sak, når vi er i dialog -
Date: 15. desember 2016 11:53:00

Vår ref.nr.: 2016/2232 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 12.12.2016 angående prosjektet ««Fra sett til hørt» Flere sider av samme sak, når vi er i dialog». Fremleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder.

Formålet med prosjektet, slik det fremkommer av fremleggingsvurderingen, er å undersøke erfaringer rundt førstegangssamtaler og Klinisk og resultatstyrt praksis (KOR) i voksenpsykiatrien.

Opplysningene som skal inngå i prosjektet vil være anonymisert før utlevering til forsker. Imidlertid er ikke opplysningene innsamlet anonymt, men foreligger i personidentifiserbar form i de aktuelle skjemaene. Det bes derfor om at det legges opp til at det innhentes samtykke fra den enkelte deltaker, alternativt søkes om Dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon fra taushetsplikt til uttrekk av journalopplysninger til bruk i helsetjenesteforskning skal normalt søkes REK på eget skjema.

Basert på prosjektets formål, kan dette vurderes som et helsetjenesteforskningsprosjekt. Helsetjenesteforskning er et flerfaglig vitenskapelig felt hvor man studerer hvordan sosiale faktorer, finansieringssystemer, organisatoriske strukturer og prosesser, helseteknologi og personellatferd påvirker tilgang til helse- og omsorgstjenester, kvaliteten og kostnadene ved helse og omsorgstjenester, og endelig helse og velvære. Helsetjenesteforskning er også forskning på forbedring av helsetjenesten og effektiv bruk av ressurser for samfunnet. Helsetjenesteforskning omfattes ikke av helseforskningslovens virkeområde, som omfatter prosjekter med det formål å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven § 2 og § 4 a, og er dermed ikke fremleggingspliktig for REK.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

REK gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen
Anette Solli Karlsen
Komitesekretær
post@helseforskning.etikkom.no
T: 22845522

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>

Invitasjon til dialogkonferanse

Torsdag den 15.02.2018 i Nes kulturhus

Fra sett til hørt – flere sider av samme sak når vi er i dialog!

Bakgrunn: Når hjelperen blir hjelpeløs, hva da? Som helper/ behandler sitter vi mye alene og kan oppleve at vi ikke er til hjelp eller at pasienten/ brukeren trenger mer hjelp eller annen hjelp enn det vi kan gi på vårt tjenestested.

Hva gjør vi da? Avslutter vi kontakten? Fortsetter vi som før? Henviser vi videre til noen andre helpere? Hvordan kan vi bedre finne ut hvilken hjelp pasienten/brukeren egentlig trenger? Hvordan kan vi som helpere sammen bidra til at pasienter/ brukere med sammensatte behov får den hjelpen de trenger på rett sted til rett tid?

Dette har vi prøvd ut i et pilotprosjekt på DPS Øvre Romerike der vi har gjennomført en annen praksis for første samtale etter at pasienter har fått rett til utredning eller behandling i DPS, allmenpoliklinikken. Denne første samtalen finner sted på fastlegens kontor og gjennomføres som et nettverksmøte. Pasienten med pårørende og evt andre fra nettverket deltar sammen med representanter fra DPS. Det har vært gjennomført 15 slike nettverksmøter. Data fra pilotprosjektet er brukt i forskning til masteroppgave.

Målet: er å undersøke om dialog mellom henviser, pasient og pårørende bidrar til bedre kartlegging av hjelpebehovet.

Aktuelt: I samtaler mellom Nes kommune og DPS Øvre Romerike fant vi at Nes kommune ved Bestillerkontoret har de samme utfordringene som pågående prosjekt ved DPS Øvre Romerike har fokus på. Samtalene førte frem til en søknad om samhandlingsmidler for å gjennomføre en dialogkonferanse vinteren 2018. Vi fikk innvilget kr. 50.000,-. Sensommer 2017 ble det nedsatt en arbeidsgruppe bestående av personer fra Nes kommune, DPS Øvre Romerike og andre sentrale personer. Målet har vært å arbeide frem et program til dialogkonferansen.

Arbeidsgruppen:

Unni Berit Schjervheim – kommuneoverlege i Nes kommune
Björg Kokaas – Bestillerkontoret i Nes kommune
Trine Reite – spesialsykepleier, psykisk helse i Nes kommune
Heidi Henriksen Øverheim – NAV i Nes kommune
Ida Marie Eide – psykologfaglig rådgiver DPS Øvre Romerike
Anne Ihle Skari – allmenpoliklinikken DPS Øvre Romerike
Gunn Borgen – Myrvegen døgnpost DPS Øvre Romerike
Ulla Rosengren – fagkonsulent DPS v/ Ahus

Målgruppen for dialogkonferansen: ansatte i Nes kommune innen NAV, psykisk helse, rus, familiens hus, fastlegene, hjemmesykepleien, brukere og pårørende. Fra DPS Øvre Romerike personale ved poliklinikkene og døgnposten (akutteamet, TIRe, allmenpoliklinikken, enhet for gruppeterapi og Myrvegen døgnpost).

Form og innhold: Konferansen vil bli holdt i en dialogisk form. Det betyr vekselvis innlegg fra podiet og «rundebordsamtaler» der deltakerne drøfter forgående innlegg og spørsmål som er utarbeidet med tanke på dialogkonferanses formål. Ved hvert bord vil det være to bordverter (på forhånd avtalt), som har ansvar for å få dialogen i gang mellom deltakerne, skrive ned stikkord/ konklusjoner underveis. Dialogkonferansens innspill vil altså være med og vise veien for bedre tjenester til brukeren i Nes kommune på DPS og i samhandlingen mellom våre tjenestesteder.

Praktiske opplysninger:

Tid: torsdag 15.02.2018 Kl. 11.30 – 18.00. Merk tidspunktet.

Sted: Nes kulturhus (togstasjon ligger bare noen få minutter fra kulturhuset)

Servering: Det vil bli servert kaffe/te i løpet av dagen og en enkel ettermiddagslunsj

Merk tidspunktet: Prosjektet er avhengig av å ha fastlegene våre med på laget. For å ta hensyn til deres arbeidshverdag og vise at vi legger til rette for at de kan delta, foreslår vi «forskjøvet arbeidstid» denne dagen, dvs. kl **11.30-18.00**. Vi har fått til en avtale med en lege utenfra som kan ha legevakt fra kl. 11.30, slik at øyeblikkelig hjelp- funksjonen blir ivaretatt.

Tjenestestedene oppfordrer til å avspasere time for time om man ikke forskyver sin arbeidstid. Vi er klar over at ledere ikke kan beordre noen til å delta i Dialogkonferansen, men vi håper at alle tenker at denne konferanse er svært viktig for oss som arbeider i feltet og ikke minst våre brukere og pasienter.

Program for dagen:

Dagens konferansier er samhandlingsrådgiver for Øvre Romerike Trine Knobel

- | | |
|-----------|---|
| kl. 11.30 | Velkommen v/ DPS og Nes kommune. |
| kl. 11.45 | Improvisasjon v/ Bjørn Alterhaug og Jon Pål Inderberg (se vedlegg) |
| kl. 13.15 | Pause og pizza |
| kl. 14.00 | Presentasjon av pilotprosjekt v/Ulla og Ida |
| kl. 14.30 | Samtaler rundt bordene |
| Kl. 15.10 | Pause |
| kl. 15.25 | Et stunt – om pasients rolle og alle «de gode hjelperne» |
| kl. 15.40 | Samtaler rundt bordene |
| kl. 16.15 | Pause |
| kl. 16.30 | «Alvorets time» - DPS ØR, Nes kommune og NAV har ordet vedrørende prioritering og rammer for helsehjelpen |
| kl. 17.00 | Samtaler rundt bordene |
| kl. 17.25 | Panelsamtale mellom fagpersoner, brukere og pårørende |
| kl. 17.45 | Avslutning, Talekor og vel hjem |

Forbehold om endringer i programmet